



Enquête d'opinion auprès des médecins généralistes des Alpes Maritimes sur l'intérêt de l'évaluation onco-gériatrique

Camille Grassa

► To cite this version:

Camille Grassa. Enquête d'opinion auprès des médecins généralistes des Alpes Maritimes sur l'intérêt de l'évaluation onco-gériatrique. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01133611

HAL Id: dumas-01133611

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01133611>

Submitted on 23 Mar 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

THÈSE D'EXERCICE DE MÉDECINE EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLÔME DE
DOCTEUR EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Thèse présentée et soutenue publiquement le

Vendredi 6 Juin 2014

À Nice

Par Camille GRASA, épouse ETIENNE

Née le 25 Juillet 1985

**ENQUÊTE D'OPINION AUPRÈS DES MÉDECINS
GÉNÉRALISTES DES ALPES MARITIMES SUR L'INTÉRÊT
DE L'ÉVALUATION ONCO-GÉRIATRIQUE**

Président

Monsieur le Professeur Olivier GUÉRIN

Assesseurs

Monsieur le Professeur Alain FRANCO

Madame le Professeur Isabelle POURRAT

Monsieur le Docteur Yves MANEZ

Directeurs de thèse

Madame le Docteur Rabia BOULAHSSASS

Monsieur le Docteur Jérôme DELOTTE

UNIVERSITÉ DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au **1er novembre 2013** à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	M.	BAQUÉ Patrick
Assesseurs	M.	BOILEAU Pascal
	M.	HÉBUTERNE Xavier
	M.	LEVRAUT Jacques
Conservateur de la bibliothèque	M.	SCALABRE Grégory
Chef des services administratifs	Mme	CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M.	AYRAUD Noël
	M.	RAMPAL Patrick
	M.	BENCHIMOL Daniel
Professeurs Honoraires	M.	BALAS Daniel
	M.	BLAIVE Bruno
	M.	BOQUET Patrice
	M.	BOURGEON André
	M.	BOUTTÉ Patrick
	M.	BRUNETON Jean-Noël
	Mme	BUSSIERE Françoise
	M.	CHATEL Marcel
	M.	COUSSEMENT Alain
	M.	DARCOURT Guy
	M.	DELMONT Jean
	M.	DEMARD François
	M.	DOLISI Claude
	M.	FREYCHET Pierre
	M.	GÉRARD Jean-Pierre
	M.	GILLET Jean-Yves
	M.	GRELLIER Patrick
	M.	HARTER Michel
	M.	INGLESAKIS Jean-André
	M.	LALANNE Claude-Michel
	M.	LAMBERT Jean-Claude
	M.	LAPALUS Philippe
	M.	LAZDUNSKI Michel
	M.	LEFEBVRE Jean-Claude
	M.	LE BAS Pierre

M.	LE FICHOUX Yves
M.	LOUBIERE Robert
M.	MARIANI Roger
M.	MASSEYEFF René
M.	MATTEI Mathieu
M.	MOUIEL Jean
Mme	MYQUEL Martine
M.	OLLIER Amédée
M.	ORTONNE Jean-Paul
M.	SCHNEIDER Maurice
M.	TOUBOL Jacques
M.	TRAN Dinh Khiem
M.	ZIEGLER Gérard

M.C.A. Honoraire

Mlle	ALLINE Madeleine
------	------------------

M.C.U. Honoraires

M.	ARNOLD Jacques
M.	BASTERIS Bernard
Mlle	CHICHMANIAN Rose-Marie
M.	EMILIOZZI Roméo
M.	GASTAUD Marcel
M.	GIRARD-PIPAU Fernand
M.	GIUDICELLI Jean
M.	MAGNÉ Jacques
Mme	MEMRAN Nadine
M.	MENGUAL Raymond
M.	POIRÉE Jean-Claude
Mme	ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	CAMOUS Jean-Pierre	Thérapeutique (48.04)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DELLAMONICA Pierre	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FRANCO Alain	Gériatrie et Biologie du vieillissement (53.01)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
Mme	LEBRETON Élisabeth	Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique (50.04)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)

M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	VAN OBBERGHEN Emmanuel	Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

M.	BATT Michel	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme	ICHAH Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	TRAN Albert	Hépato Gastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie - Génétique (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)

M.	DUMONTIER Christian	Chirurgie plastique
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M.	FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques (54.04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	SAUTRON Jean-Baptiste	Médecine Générale
----	-----------------------	-------------------

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ALUNNI-PERRET Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	DONZEAU Michèle	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	FRANKEN Philippe	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
Mlle	LANDRAUD Luce	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)

M.	PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
Mlle	PULCINI Céline	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	DIOMANDE Mohenou Isidore	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
M.	MAKRIS Démosthènes	Pneumologie
M.	PITTET Jean-François	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
Mme	POURRAT Isabelle	Médecine Générale

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme	CHATTI Kaouthar	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale
M.	PAPA Michel	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne	
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie	
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie	
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation	
M.	QUARANTA Jean-François	Santé	Publique

Remerciements

A Monsieur le Professeur Olivier Guérin,

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. Veuillez recevoir toute ma gratitude et ma profonde estime.

A Monsieur le Professeur Alain Franco,

Je tiens à vous remercier d'avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse. Je souhaite vous exprimer ma reconnaissance pour votre enseignement et votre disponibilité, soyez assuré de mon profond respect.

A Madame le Professeur Isabelle Pourrat,

Je vous prie de recevoir mes sincères remerciements pour votre aide précieuse, notamment dans la méthodologie de cette étude. Je suis très sensible à l'honneur que vous me faites en acceptant de porter un jugement sur ce travail.

A Monsieur le Docteur Yves Manez,

Je tiens à vous témoigner ma plus vive reconnaissance d'accepter de faire partie de ce jury de thèse. J'ai beaucoup appris (à me poser de questions!) pendant ces quelques mois passés à vos côtés. Merci pour vos qualités humaines et professionnelles.

A Madame le Docteur Rabia Boulahssass,

Je te remercie de m'avoir guidée dans la réalisation de ce travail de thèse, merci pour tes conseils et les moments de détente avec Zora la rousse !

A Monsieur le Docteur Jérôme Delotte,

Je te remercie d'avoir codirigé ce travail avec Rabia, merci pour tes conseils et ta gentillesse.

A Madame le Docteur Pia Touboul,

Je vous remercie pour votre aide et votre disponibilité dans la méthodologie de ce travail qualitatif.

Aux médecins ayant participé à l'étude,

Merci pour votre disponibilité et votre bienveillance.

A mes maîtres de stage :

La médecine A - Cannes

Dr Montagne, je vous remercie pour votre enseignement lors de mon premier stage d'interne.

Dr Kaphan : Régis, merci pour ta gentillesse et tes compétences.

Dr Boscagli : Annick, merci pour tes qualités pédagogiques.

Dr Vassallo : Matteo, merci pour ta sympathie italienne et tes conseils.

Les Urgences

Dr Winter et Dr Beck : Elo et Yo, merci pour vos qualités pédagogiques, votre présence et les soirées internat !

La gynécologie

Dr Toullalan et Dr D'Angelo, merci pour vos qualités pédagogiques.

La médecine générale

Dr Rojnick, je vous remercie de m'avoir fait découvrir la médecine générale.

Dr Derochet : Max, je te remercie de m'avoir fait découvrir la médecine générale, « c'est génial ! » mais aussi de m'avoir appris à me poser des questions, même si ce n'est pas toujours évident !

Dr Aubanel, Isabelle, merci pour ces bons moments passés en PMI, ta gentillesse et ton apprentissage.

La gériatrie à Cimiez

Dr Van Elslande : Chef, merci pour votre enseignement, les visites, mais aussi les staffs du matin, votre écoute et vos qualités humaines. Vous êtes mon « père médical ».

Dr Dubayle, merci pour votre pédagogie, votre confiance et les repas à l'Atelier !

Dr Folacci, merci pour votre formation, votre sympathie et de m'avoir donné envie de découvrir l'opéra.

Mme Marical, vous m'avez donné envie de pratiquer la médecine, il y a plus de 10 ans déjà en m'accordant votre confiance, merci pour tout.

À tous, soyez assurés de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

A ma famille,

A Cédric, mon mari, merci pour ton soutien durant toutes ces années et ton aide précieuse.
Je t'aime.

A mes parents, merci pour votre soutien pendant ces longues années d'études. Merci pour votre amour et les valeurs que vous m'avez transmises. Ce travail est l'aboutissement d'un long chemin.

A mon frère, Matthieu, merci de m'avoir permis de devenir grande sœur, un si joli rôle.

A ma sœur Tiphaine, merci pour ta présence, ton écoute et tes qualités humaines.

A mon grand-père, Aristide, merci d'être si fier de moi.

A ma grand-mère, Sylviane, malgré la distance, je pense à toi.

A ma famille, oncles, tantes, cousins, cousines et David, merci pour ces moments de partage et votre présence.

A ma belle famille, Elisabeth, Arnaud, Caroline, Thibault, Granny, Mamie, Lucien, Yvonne, Lili... Merci de m'avoir accueillie dans votre famille.

A mes amis, mon autre famille,

A mes MKT sistas,

Julia, merci pour ton soutien indéfectible, ton humour et ta joie de vivre,

Sam, merci pour tous ces bons moments insoucians passés ensemble,

Elsa, merci pour ta présence réconfortante et ton côté maternel,

Claire, merci pour ton écoute et ton côté gaulois,

Marion, merci pour ta franchise et ta présence,

Danette, merci pour ton naturel explosif et ta bonne humeur,

Anne-So, merci pour ta bonne humeur et ta spontanéité,

Mandine, merci pour ta fraîcheur et ton naturel,
 Benou, même si tu es loin, je pense à toi très fort, tu me manques,
 Vincent, le poussin de la rime, KV et Zola, je vous embrasse.
 MKT family, Bast, Khaled, Pigot, Alex, Rémi, Aurel, Tadj, Thib, Caro, Knaki, Mignon,
 Boubou, Mimi, Jo, Capi, Lulu... Merci d'être là, encore et toujours... Et merci pour tous ces
 moments partagés depuis plus de 10 ans maintenant...

A Nathalie, merci pour cette belle amitié de presque 25 ans ! Tous ces bons moments passés
 ensemble en Espagne ou ailleurs... En dansant, en chantant ou en jouant au piano. Je vous
 embrasse fort Poom, Evan et toi, Astrid, Manu, Moon...

A Fleur, merci pour toutes ces années de « galères » passées en ta compagnie, ça n'aurait pas
 été la même chose sans toi, enfin le bout du tunnel ! Maintenant, on va pouvoir profiter !

A Christelle, ma plus belle rencontre niçoise... merci pour ton humour détonant, ton soutien
 et ton écoute de chaque instant.

A Clémence, ma première co-interne, ma marseillaise, ce fût un vrai plaisir de travailler avec
 toi ! Que de bons moments passés à tes côtés ! Et encore beaucoup à venir...

A mes co-internes avec qui j'ai partagé trois ans d'internat,
 Caro, c'est un vrai plaisir d'avoir travaillé à tes côtés et d'aller voir des ballets...
 Audrey, j'ai beaucoup apprécié le stage avec toi, mais aussi nos moments à la danse.
 Claire, merci pour ce petit grain de folie, « allo »...
 Elodie, on se ressemble pas mal sur le plan du travail et beaucoup moins dans le caractère
 mais j'ai adoré être ta co-interne. Merci pour ces midis mentonnais !

Thib, merci pour ta gentillesse et ton côté bricolo !
 Emeline, FH, de belles rencontres.
 A Ouidade, Fanny, du 9.3 au 0.6 il n'y a qu'un pas !
 A toutes les équipes infirmières, aides soignantes, secrétaires...

A tous ces patients qui me donnent envie chaque jour de donner le meilleur de moi-même.
 A tous ceux qui me sont chers...

Je dédie cette thèse à ma grand-mère Claudine et à mon grand-père José,
J'aurais tant aimé que vous soyez présents,
J'espère que vous êtes fiers de moi.

TABLE DES MATIÈRES

1	INTRODUCTION.....	15
1.1.	Épidémiologie descriptive du cancer chez les personnes âgées.....	17
1.2.	Développement de l'onco-gériatrie.....	19
1.3.	Évaluation onco-gériatrique.....	24
1.4.	État des lieux des connaissances des médecins généralistes.....	25
1.5.	Objectifs de l'étude.....	26
2	MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	27
2.1.	Justification de la méthode qualitative.....	27
2.2.	Recherche bibliographique.....	27
2.3.	Constitution du guide d'entretien.....	27
2.4.	Échantillon et recrutement.....	28
2.5.	Déroulement des entretiens.....	28
2.6.	Retranscription et analyse des données.....	29
3	RÉSULTATS.....	30
3.1.	Données descriptives.....	30
3.1.1.	Âge.....	31
3.1.2.	Sexe.....	31
3.1.3.	Lieu d'installation.....	32
3.1.4.	Durée d'installation.....	32
3.1.5.	Type d'installation.....	33
3.2.	Analyse du discours.....	34
3.2.1.	La nécessité d'une standardisation des patients âgés cancéreux.....	34
3.2.1.1.	Le traitement du cancer chez le patient âgé vu par le médecin généraliste.....	34
3.2.1.2.	L'intérêt de l'évaluation onco-gériatrique pour une catégorisation bénéfique pour le patient.....	40
3.2.2.	La contradiction entre l'intérêt porté à l'évaluation onco-gériatrique pour le patient et le manque d'utilité pour le médecin généraliste.....	45
3.2.2.1.	Le manque d'utilité pour le médecin généraliste.....	45
3.2.2.2.	L'évaluation onco-gériatrique au service du spécialiste.....	49
3.2.3.	La prise de décision, l'avis et le rôle des protagonistes.....	51

3.2.3.1.	Le choix thérapeutique par les spécialistes	51
3.2.3.2.	Le rôle du médecin traitant	53
3.2.3.2.1.	Un rôle omnipraticien	53
3.2.3.2.2.	Le manque de consultation et de participation active du médecin traitant ...	58
3.2.3.2.3.	Les difficultés rencontrées par le médecin traitant	61
3.2.3.2.4.	Les difficultés rencontrées concernant le patient	62
§	La prise en charge médicale	62
§	La souffrance psychologique complexe	62
§	L'isolement social et l'avis de la famille.....	63
§	Le respect du choix du patient.....	65
3.2.3.3.	Les rapports avec les spécialistes	69
3.2.4.	Les propositions d'amélioration des médecins généralistes pour associer les avis du patient, de son entourage et du médecin traitant	74
3.2.4.1.	Ville et hôpital : deux mondes en manque de communication	74
3.2.4.1.1.	La correspondance écrite privilégiée	74
3.2.4.1.2.	La correspondance téléphonique difficile	76
3.2.4.1.3.	Internet : l'avenir ?	77
3.2.4.2.	Les solutions proposées concernant la communication	78
3.2.4.3.	L'information du médecin traitant	82
4	DISCUSSION	85
4.1.	Validité interne de l'étude	85
4.1.1.	Méthodologie	85
4.1.1.1.	L'intérêt.....	85
4.1.1.2.	Les biais liés au recueil de données.....	86
4.1.1.2.1.	Biais de sélection de l'échantillon	85
4.1.1.2.2.	Biais lié à l'enquêteur : biais d'intervention.....	85
4.1.1.2.3.	Biais liés à la méthode d'analyse et d'interprétation.....	87
4.1.2.	Échantillon	88
4.2.	Principaux résultats et validité externe.....	89
4.2.1.	La nécessité d'une standardisation	89
4.2.2.	La contradiction entre l'intérêt pour le patient et le spécialiste et le manque d'utilité pour le médecin généraliste	90
4.2.3.	La prise de décision, le rôle et l'avis des protagonistes.....	91
4.2.4.	Les propositions d'amélioration	92

4.3.	La place de l'humain dans la standardisation.....	94
4.4.	Suggestions et perspectives	96
4.4.1.	Les pistes d'amélioration	96
4.1.1.	La décision éthique.....	102
5	CONCLUSION	104
6	BIBLIOGRAPHIE	105
7	LISTE DES ACRONYMES	109
8	ANNEXES	110
9	RÉSUMÉ	119
10	SERMENT D'HIPPOCRATE	120

1 INTRODUCTION

La France connaît un important vieillissement démographique associé à une augmentation de la prévalence de certaines maladies et notamment des cancers, problème majeur de santé publique.

L'âge constitue un facteur limitant dans la prise en charge des cancers. En effet, deux écueils sont à éviter, on observe une sur ou sous-médicalisation des cancers chez les patients âgés. Certains pourraient bénéficier de chirurgie ou de chimiothérapie malgré leur grand âge. A contrario, certains se verraient autrement pris en charge devant leurs comorbidités (1).

L'âge avancé nécessite donc une approche globale médico-psycho-sociale du patient rendue possible grâce à l'Évaluation Gériatrique Multidimensionnelle (EGM) (2) (3). L'âge physiologique doit être privilégié à l'âge chronologique dans le traitement notamment chirurgical des patients âgés cancéreux (4) (5) (6) (7) (8). L'évaluation onco-gériatrique permet une sélection rigoureuse des patients pouvant être admissibles aux traitements (9) (10) (11) (12) (13).

L'hétérogénéité de cette population rend complexe l'application de programmes thérapeutiques standards (14). Chez les plus de 70 ans, peu d'études ont été réalisées sur les thérapeutiques ne permettant pas toujours d'avoir des recommandations dans ces âges extrêmes (15).

Dès 2006, le développement de l'onco-gériatrie, une des missions du premier plan cancer, a conduit à la mise en place d'Unités Pilotes de Coordination en Onco-Gériatrie (UPCOG) faisant collaborer oncologues et gériatres dans une démarche globale de soins dans le cadre du Programme Personnalisé de Soins (PPS).

L'onco-gériatrie a vu le jour devant l'important vieillissement démographique et la nécessité d'une thérapeutique adaptée à l'âge des patients. La survie des malades âgés pouvant tolérer un traitement standard est similaire à celle des jeunes (16).

Comme énoncé dans le troisième plan cancer 2014-2019 (17), répondre aux besoins spécifiques des personnes âgées fragiles est une priorité. Le développement des Unités de Coordination en Onco-Gériatrie (UCOG) permettrait la diffusion des bonnes pratiques dans

un rôle d'homogénéisation régionale, la promotion de la recherche et la formation des professionnels.

Plusieurs études quantitatives montrent une amélioration dans la prise en charge des patients âgés atteints de cancers grâce à cette évaluation onco-gériatrique (18) (19).

Cette dernière prend en compte la vulnérabilité et la fragilité des patients au moment du diagnostic et de la prise de décision grâce à des outils d'évaluation gériatriques. Les enjeux sont majeurs : considérer le patient dans sa globalité et adapter les thérapeutiques selon le niveau de fragilité.

Les médecins généralistes avouent pour la plupart ne pas connaître l'existence de consultations d'onco-gériatrie mais considèrent qu'une évaluation onco-gériatrique leur permet d'améliorer et d'adapter la prise en charge de leurs patients. Ils montrent un grand intérêt pour le sujet et souhaiteraient bénéficier de formations spécifiques (18).

Une meilleure connaissance de cette discipline par les médecins généralistes pourrait aider à une prise en charge plus adaptée du patient âgé cancéreux.

Cette thèse qualitative a pour but d'évaluer l'opinion des médecins généralistes des Alpes Maritimes sur l'intérêt de l'évaluation onco-gériatrique.

1.1. Épidémiologie descriptive du cancer chez les personnes âgées

Incidence et mortalité selon l'âge (InVS et INCa 2013)

En France, en 2012, l'incidence des cancers est estimée à 355 000 cas soit 200 000 chez l'homme et 155 000 chez la femme. Ces chiffres ont doublé en 30 ans (17). La mortalité par cancer en 2012, première cause de mortalité en France, est estimée à 148 000 soit 85 000 chez l'homme et 63 000 chez la femme.

Chez les 65 ans et plus, 209 262 nouveaux cas de cancers et 108 980 décès par cancers ont été estimés en France Métropolitaine en 2012.

Les localisations les plus fréquentes chez l'homme sont la prostate, le colon-rectum et le poumon tandis que chez la femme, on retrouve le sein, le colon-rectum puis le poumon.

La mortalité est plus élevée dans les cancers pulmonaires et colorectaux.

La population vieillit : sur plus de 60 millions de français, presque 10 millions ont plus de 65 ans en 2005 soit 16,4 % de la population.

Et l'espérance de vie s'accroît. D'après l'Insee, un tiers de la population aura plus de 60 ans en 2060.

L'incidence et la mortalité des cancers croissent avec l'âge. 63 % des patients présentant un cancer en France sont âgés de plus de 65 ans et un tiers ont plus de 75 ans. En 2030, plus de 75 % des patients atteints de cancers seront âgés de plus de 65 ans.

Des progrès majeurs ont été observés en terme d'augmentation de l'espérance de vie, de tolérance des thérapeutiques, de gestion des effets secondaires, de qualité de vie, de prise en charge à domicile et de thérapeutiques adaptées.

Figure 1 : Taux spécifiques d'incidence et de mortalité pour 100 000 personnes pour la tranche d'âge 65 ans et plus et par sexe en 2012

	Incidence		Mortalité	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
65 ans et +	2 539,2	1 278,4	1 250,4	716,6
65 -84 ans	2 501,6	1 229,1	1 081,6	549,0
- 65-74 ans	2 328,8	1 114,9	788,4	383,1
- 75-84 ans	1 768,8	1 117,1	1 541,1	752,4
85 ans et +	2 828,7	1 488,0	2 550,6	1 428,0

Source: Binder-Foucard F, 2013. Traitement: INCa 2013

D'après l'ARS, l'incidence et la mortalité des cancers sont moins élevées en région PACA qu'en France Métropolitaine.

Figure 2 : Etat de santé et inégalité en région en PACA 2010

Indicateurs statistiques thématiques et cartographies PACA ARS ORS

Chiffres clés en Paca			
	Indicateur	Année/Période	Résultat
Morbidité	Nombre de nouveaux cas ¹	2005	24 998 (H : 13 988 ; F : 11 010)
Mortalité	Nombre annuel moyen de décès ²	2005-2007	12 445 (H : 7 284 ; F : 5 161)
	Rang et part parmi l'ensemble des décès ²	2005-2007	2 ^{ème} , 28 % (H : 1 ^{er} , 32 % ; F : 2 ^{ème} , 23 %)
	Part parmi l'ensemble des années potentielles de vie perdues ³	2005-2007	31 % (H : 26 % ; F : 40 %)
	Part parmi l'ensemble des décès prématurés (<65 ans) ²	2005-2007	40 % (H : 36 % ; F : 48 %)
Situation par rapport à la France	Ratio standardisé d'incidence ¹ (base 100 = France métropolitaine)	2005	H : 88 F : 96
	Indice comparatif de mortalité ⁴ (base 100 = France métropolitaine)	2003-2005	95* (H : 93* ; F : 98*)
Evolution	Evolution du taux d'incidence standardisé ¹	De 1980 à 2005	H : +33 % ; F : +48 %
	Evolution du taux comparatif de mortalité ⁴	De 1980-1982 à 2003-2005	H : -16 % ; F : -11 %
Différences hommes/femmes	Rapport des taux d'incidence standardisés ¹ - H/F	2005	1,4
	Rapport des taux comparatifs de mortalité ⁴ - H/F	2003-2005	2,0
Disparités géographiques	Rapport des taux comparatifs de mortalité par département ⁴ - max/min	2003-2005	1,1 (H : 1,1 ; F : 1,2)
Différences selon la CSP	Rapport des taux comparatifs de mortalité chez les hommes de 25-54 ans ³ - employés, ouvriers/cadres et professions intellectuelles supérieures	1991-2005 [†]	2,6*

* Différence statistiquement significative au seuil de 5 % / † L'année 1998, atypique du point de vue du codage de la CSP sur les certificats de décès, a été exclue du calcul /
¹ Source : InVS, Inseem, Francim, Hospices Civils de Lyon – exploitation ORS Paca / ² Source : Inseem-CépiDc – exploitation ORS Paca / ³ Selon la liste abrégée des causes de décès et la méthodologie de l'Inseem-CépiDc (limite d'âge retenue : 65 ans). Source : Inseem-CépiDc – exploitation ORS Paca / ⁴ Source : Inseem-CépiDc, Insee – exploitation France (SCORE-Santé) et ORS Paca / **NB** : – Les chiffres indiqués concernent les tumeurs malignes. Toutes tumeurs confondues – malignes et bénignes – les tumeurs représentent la première cause de mortalité en Paca (29 %), comme au niveau national (BEH 2007 n°35-36). – L'incidence étant une estimation (basée sur l'extrapolation du rapport incidence/mortalité de la zone couverte par les registres de cancer), la significativité du ratio standardisé d'incidence ne peut être calculée.

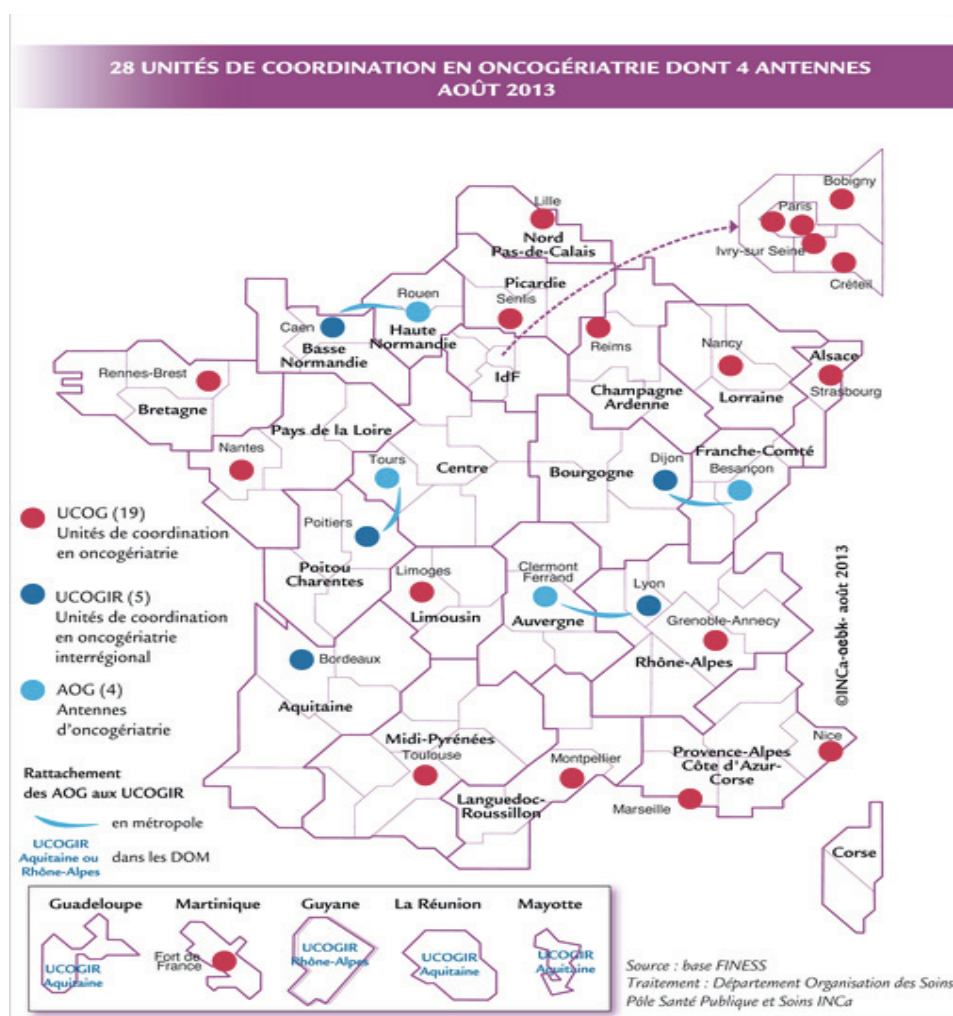
1.2. Développement de l'onco-gériatrie

Dès 2006, quinze Unités Pilotes de Coordination en Onco-Gériatrie (UPCOG) ont été mises en place. En 2011, les Unités de Coordination en Onco-Gériatrie (UCOG) ont pris le relais des UPCOG.

Leurs quatre missions principales sont :

- adapter les traitements des patients âgés atteints de cancer par des décisions conjointes entre gériatres et oncologues,
- promouvoir la prise en charge de ces patients dans la région afin de la rendre accessible à tous,
- contribuer au développement de la recherche en onco-gériatrie,
- soutenir la formation et l'information en onco-gériatrie.

Figure 3 : Cartographie des UCOG¹



¹ <http://www.e-cancer.fr/en>

L'onco-gériatrie a vu le jour le 1^{er} Avril 2012 à Nice. En deux ans, 1000 consultations dont 755 évaluations onco-gériatriques ont été réalisées. La progression a été de plus de 56 % entre la première et la deuxième année.

Les Plans Cancers

L'Institut National du Cancer (INCa) a développé plusieurs Plans Cancer dans le but de coordonner les actions de lutte contre le cancer.

Le premier Plan Cancer de 2003 à 2007 (20) a posé les bases de l'organisation de l'offre de soins et a développé la prévention et le soutien à la recherche.

Le deuxième Plan Cancer de 2009 à 2013 (21) propose une amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de cancer et une réduction des inégalités de santé face à cette maladie.

Enfin, le troisième plan intitulé « Plan Cancer 2014-2019, guérir et prévenir les cancers : donnons les mêmes chances à tous partout en France » (17) a quatre grandes priorités :

- Guérir plus de personnes malades grâce à un diagnostic précoce, aux progrès thérapeutiques et à la formation des professionnels de santé en cancérologie,
- Préserver la continuité et la qualité de vie des patients en assurant des prises en charge globales et personnalisées,
- Investir dans la prévention et la recherche,
- Optimiser le pilotage et les organisations.

L'évaluation gériatrique multidimensionnelle permet une collaboration entre différents professionnels de santé au service du patient : cancérologue, gériatre, psychologue, infirmière, kinésithérapeute... et médecin traitant dont le rôle devrait être central.

Figure 4 : Acteurs de l'Evaluation Gériatrique Multidimensionnelle

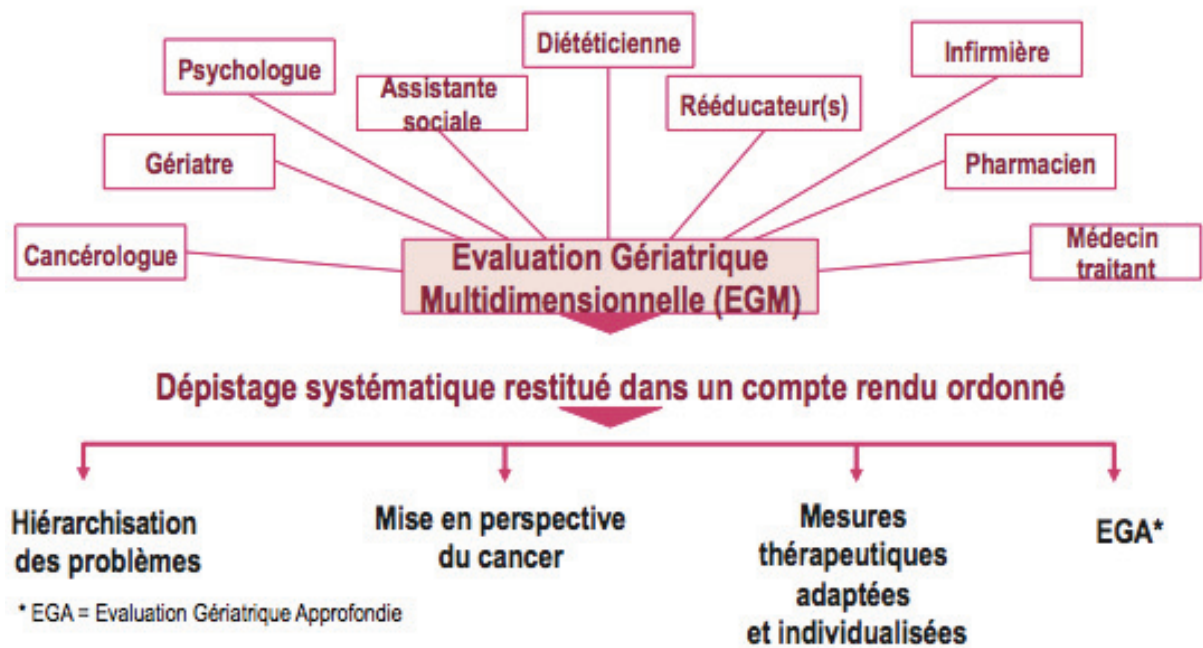
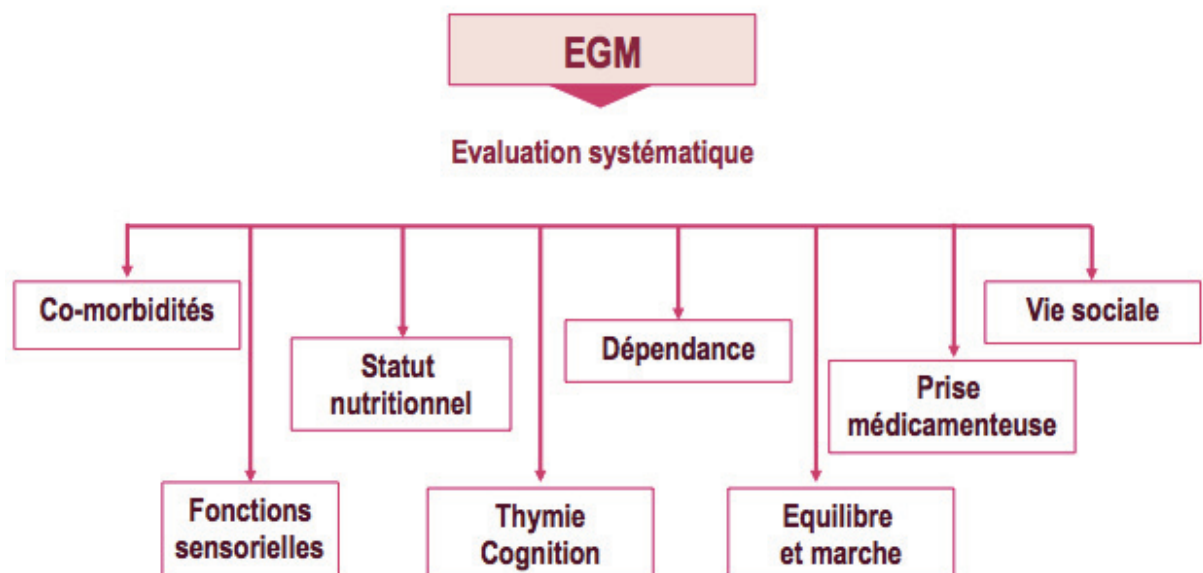


Figure 5 : Items de l'Evaluation Gériatrique Multidimensionnelle



Les niveaux de fragilité

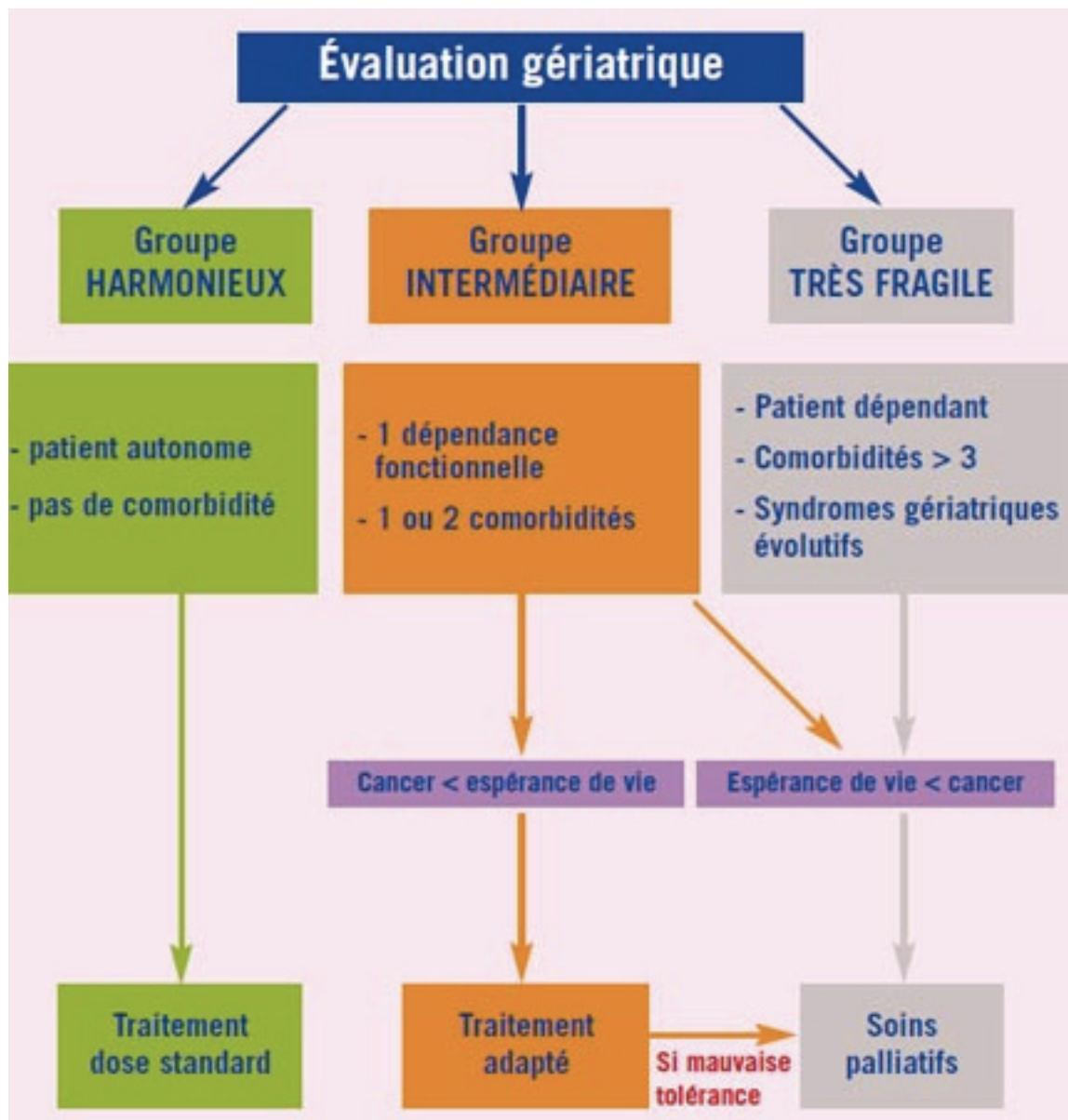
La définition de la fragilité évoquée par le Corpus de Gériatrie en 2004 correspond à « un état de réduction des réserves fonctionnelles liées au vieillissement et aux maladies chroniques exposant l'individu âgé à la décompensation fonctionnelle et notamment aux pathologies en cascade sous l'influence d'un stress même minime ».

Le score de Balducci permet de détecter la vulnérabilité des patients et donc d'adapter le traitement en fonction de leurs comorbidités. Le sujet âgé fragile est ainsi défini selon des critères (22) :

- Un âge supérieur à 85 ans,
- La présence de plus de 3 comorbidités,
- Une diminution d'au moins une des ADL (activités de la vie quotidienne),
- La présence d'au moins un syndrome gériatrique parmi : chutes ou troubles de la marche, incontinence, confusion mentale ou démence, dénutrition, dépression, ostéopathie fragilisante, altération de l'état général et maltraitance.

Un algorithme décrit 3 groupes d'après Balducci et Extermann (23):

- groupe 1 : sujets complètement indépendants et n'ayant aucune pathologie ni critère de fragilité, caractérisant un vieillissement réussi et nécessitant le même type de traitement qu'un sujet jeune (Bonne santé).
- groupe 2 : sujets intermédiaires ayant une ou plusieurs dépendances fonctionnelles et au plus deux comorbidités pour lesquelles la décision thérapeutique sera influencée par l'espérance de vie du patient par rapport au cancer. Le rôle de l'EGM dans ce groupe est incontournable (Vulnérable).
- groupe 3 : sujets fragiles nécessitant la plupart du temps un traitement palliatif visant à leur assurer une bonne qualité de vie (personne âgée vulnérable « frail elderly » traduit en Fragile).

Figure 6 : Arbre décisionnel de Balducci²

Depuis janvier 2002, la Fédération Nationale de Centre de Lutte contre le Cancer (FNCLCC) a mis en place un programme d'actions concernant le traitement du cancer chez le sujet âgé appelé GERICO permettant le développement d'essais thérapeutiques (24).

² Etat des lieux et perspectives en onco-gériatrie INCa

1.3. Évaluation onco-gériatrique

L'évaluation gériatrique en cancérologie chez le sujet âgé est complexe car il s'agit d'une population hétérogène. L'application des programmes thérapeutiques standards de prise en charge oncologique, validés sur des patients jeunes, n'est pas toujours possible.

La NCCN (National Comprehensive Cancer Network, Réseau National de Compréhension du Cancer) et la SIOG (International Society of Geriatric Oncology, Société Internationale d'Onco-Gériatrie) recommandent l'utilisation d'une évaluation gériatrique avant l'élaboration du Programme Personnalisé de Soins (PPS) (14).

L'évaluation gériatrique a montré son efficacité dans de nombreux domaines. On retrouve :

- l'Evaluation Gériatrique Multidimensionnelle (EGM) : évaluation gériatrique de détection des comorbidités et des grands syndromes gériatriques.
- l'Evaluation Gériatrique Approfondie (EGA) : répertoriant les différents problèmes du malade, distinguant les pathologies somatiques et/ou psychiatriques des conséquences physiologiques du vieillissement, appréciant l'impact fonctionnel des pathologies, comprenant l'interférence de ces pathologies entre elles et appréciant leurs conséquences sur l'environnement social du malade et hiérarchisant les différents problèmes de santé du patient.

L'évaluation onco-gériatrique comprend les échelles suivantes permettant au gériatre de déterminer le score de Balducci :

- Une évaluation des fonctions cognitives par le Mini Mental Test de Folstein (MMS) (25),
- Une évaluation nutritionnelle par le Mini Nutritional Assessment (MNA) (26),
- Un dépistage de la dépression par la Geriatric Depression Scale à 15 items (GDS 15) (27),
- Une évaluation de la marche par la vitesse de marche sur 4 mètres (28),
- Une évaluation des comorbidités par la CIRS-g (29),
- Les échelles de screening G8 (30) et VES 13 (31),
- Les échelles d'évaluation de l'autonomie : Activity Daily Living (ADL) (32) et Instrumental Activity Daily Living (IADL) (33),
- L'échelle Numérique d'évaluation de la douleur.

1.4. État des lieux des connaissances des médecins généralistes

Plusieurs études auprès de médecins généralistes ont montré leur méconnaissance sur le sujet et leur volonté de se former (34) (35).

Une étude quantitative rétrospective, descriptive, réalisée entre 2007 et 2009 à Bordeaux et publiée dans le Journal d'Onco-Gériatrie, montre que plus de 80 % des médecins généralistes ne connaissent pas l'existence de consultations d'onco-gériatrie. Cependant, ils considèrent qu'une évaluation onco-gériatrique leur permet d'améliorer la prise en charge de leurs patients dans 35 % des cas et d'adapter cette prise en charge oncologique dans 46 % des cas. Ils portent un grand intérêt au sujet ; le compte rendu les aidant à actualiser leurs connaissances dans 65 % des cas et souhaiteraient bénéficier de formations spécifiques dans 62 % des cas.

Mais le taux d'absence de réponse des médecins généralistes est proche de 50 % sur les questions concernant une meilleure prise en charge du patient et un traitement adapté grâce à l'évaluation onco-gériatrique ; ce qui indique que la méthode utilisée ne permet pas de recueillir l'avis des médecins généralistes et de comprendre leurs réticences (18).

Une autre étude réalisée à Lille montre que 73% des médecins généralistes trouvent l'évaluation onco-gériatrique très utile et même indispensable dans 17% des cas. Les médecins attendent une prise en charge spécifique et une aide au domicile. Enfin, un peu plus de la moitié rapportent des difficultés liées à la mise en place des recommandations notamment sociales et psychologiques en ambulatoire (36).

Devant l'hétérogénéité des patients âgés, l'évaluation gériatrique standardisée permet une prise en charge adaptée (37).

Seules des études quantitatives ont été réalisées mais aucune étude qualitative n'a été entreprise sur le sujet. Cette dernière permet de recueillir des données plus informatives afin de comprendre les liens entre les comportements et le ressenti des médecins généralistes concernant l'évaluation onco-gériatrique (38).

1.5. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude est de connaître l'opinion des médecins généralistes des Alpes-Maritimes sur l'intérêt de l'évaluation onco-gériatrique pour leurs patients.

Les objectifs secondaires sont d'identifier les attentes, les bénéfices et les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans la prise en charge des patients âgés cancéreux et de relever des propositions d'amélioration en soins primaires.

2 MATÉRIEL ET MÉTHODE

2.1. Justification de la méthode qualitative

La méthode qualitative par entretiens individuels semi-structurés ou semi-dirigés a été utilisée dans le but d'obtenir des données plus profondes et de laisser le médecin exprimer plus facilement son avis dans son environnement, dans un milieu naturel, à savoir son cabinet de médecine générale.

Ma formation à la recherche qualitative a été effectuée grâce à ma participation aux séminaires « thèse » organisés par la faculté ainsi qu'à la cellule d'aide méthodologique à la recherche qualitative, aux documents mis à disposition sur le site du Collège Azuréen des Généralistes Enseignants (CAGE)³ et aux référents qualitatifs de la faculté de médecine de Nice.

2.2. Recherche bibliographique

Une revue de la littérature a été effectuée grâce à plusieurs sources : Pub Med, SUDOC, Google Scholar et Cismef.

Les mots clés utilisés pour la recherche étaient : onco-gériatrie, médecin généraliste, cancer, âgé.

Trois thèses sur l'onco-gériatrie et la médecine générale ont été commandées grâce au « prêt entre bibliothèques » (3) (36) (37).

2.3. Constitution du guide d'entretien

Le guide d'entretien a été élaboré avec mes Directeurs de thèse et validé avec l'aide du Dr Touboul du département de Santé Publique. Il a été testé sur mon Maître de stage afin de vérifier la compréhension et la pertinence des questions.

Un questionnaire quantitatif a été réalisé pour caractériser l'échantillon avec des données sociodémographiques (âge, sexe, lieu d'étude, lieu d'installation, type d'installation, secteur,

³ <http://www.nice.cnge.fr/>

type de patientèle/mode d'exercice, nombre d'actes, durée d'installation, motivation/satisfaction, enseignement, formations/diplômes complémentaires).

Le guide d'entretien est composé de 6 questions sur des grands thèmes concernant :

- Les expériences,
- Les attentes,
- Les bénéfices,
- Le rôle du médecin traitant,
- Le lien ville-hôpital,
- Les suggestions d'amélioration.

2.4. Échantillon et recrutement

Après définition de la question de recherche et du choix de la méthode, il a été déterminé un échantillon théorique.

Le recrutement des participants a été réalisé en sélectionnant les médecins généralistes dont les patients avaient été vus en consultation d'onco-gériatrie entre septembre et novembre 2013 afin que leur expérience soit la plus récente possible. En effet, bon nombre de médecins généralistes n'ont pas d'expérience de cette évaluation.

Ces médecins ont été contactés par téléphone grâce à leurs coordonnées sur les comptes rendus de consultation d'onco-gériatrie et via les pages jaunes.

Un entretien supplémentaire a été réalisé chez un médecin nouvellement installé et dont aucun patient n'avait bénéficié d'une évaluation onco-gériatrique.

2.5. Déroulement des entretiens

Les entretiens semi-dirigés ont été programmés par téléphone au lieu et à la date convenus par le participant. Ils se sont déroulés en tête à tête dans le cabinet du médecin généraliste, au calme pendant une plage de rendez-vous définie à l'avance. Je me suis déplacée au cabinet des médecins généralistes interrogés pour une plus grande facilité organisationnelle.

Les entretiens ont duré entre 20 et 30 minutes.

Après une introduction sur l'explication de l'étude et la garantie de l'anonymat, une feuille de consentement était signée.

Tous les entretiens ont été enregistrés grâce à un dictaphone sur iPhone après accord du médecin.

Le guide d'entretien comprenait une trame de questions ancrée dans les expériences des participants, neutres, courtes, claires et ouvertes. Une attitude neutre et flexible, sans jugement, a été adoptée.

Afin de comprendre et de faire développer au mieux les idées des médecins, des techniques telles que la pause active de 5 secondes après commentaire, faire reformuler, approfondir, ou préciser ont été utilisées.

2.6. Retranscription et analyse des données

La retranscription a été réalisée dans son intégralité en verbatim « mot à mot » avec les pauses et les expressions des médecins afin de rester le plus fidèle possible aux idées énoncées par ces derniers.

La saturation d'idées a été atteinte et constatée par l'analyse faite en parallèle. Trois entretiens supplémentaires ont été réalisés ensuite pour s'en assurer.

Une analyse des entretiens, manuelle et inductive, selon une méthode socio-anthropologique a été effectuée.

Une première analyse verticale de chaque entretien a été réalisée en continu sur le logiciel Word.

Suivie d'une analyse horizontale permettant une transversalité des données avec étude thématique permettant de regrouper les grands thèmes puis des sous-thèmes.

Pour une analyse rigoureuse, systématique et vérifiable, deux examens indépendants par deux chercheurs ont été réalisés par ma Directrice de thèse et moi-même pour rendre ce travail reproductible.

3 RÉSULTATS

3.1. Données descriptives

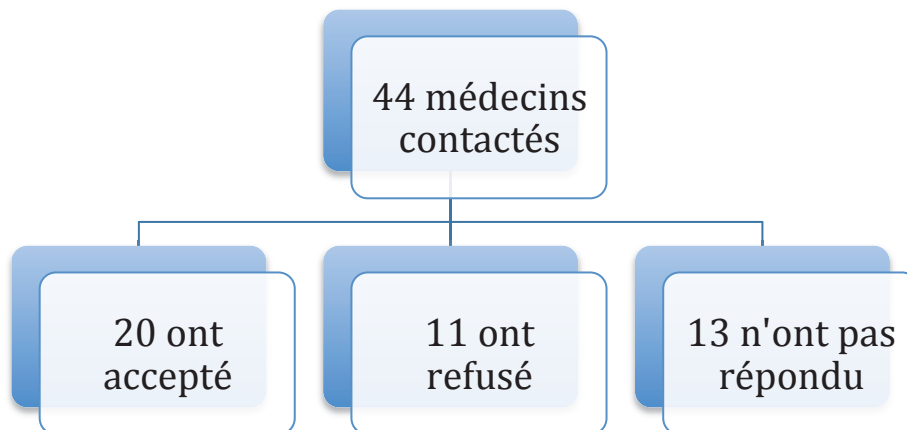
Sur les 44 médecins qui ont été contactés par téléphone pour participer à l'étude, 20 ont accepté.

11 médecins ont refusé :

- 8 médecins ont refusé par manque de temps,
- 1 médecin a accepté puis a dû ensuite renoncer du fait de difficultés familiales,
- 1 médecin a accepté puis a refusé préférant une enquête écrite qu'un entretien,
- 1 médecin a refusé car il a jugé qu'il n'avait pas d'expérience en onco-gériatrie.

13 appels sont restés sans réponse :

- 10 messages ont été laissés mais n'ont pas obtenu de réponse, dont un médecin en retraite,
- 1 médecin traitant n'était pas joignable et n'avait pas de messagerie,
- 2 médecins étaient en congés.

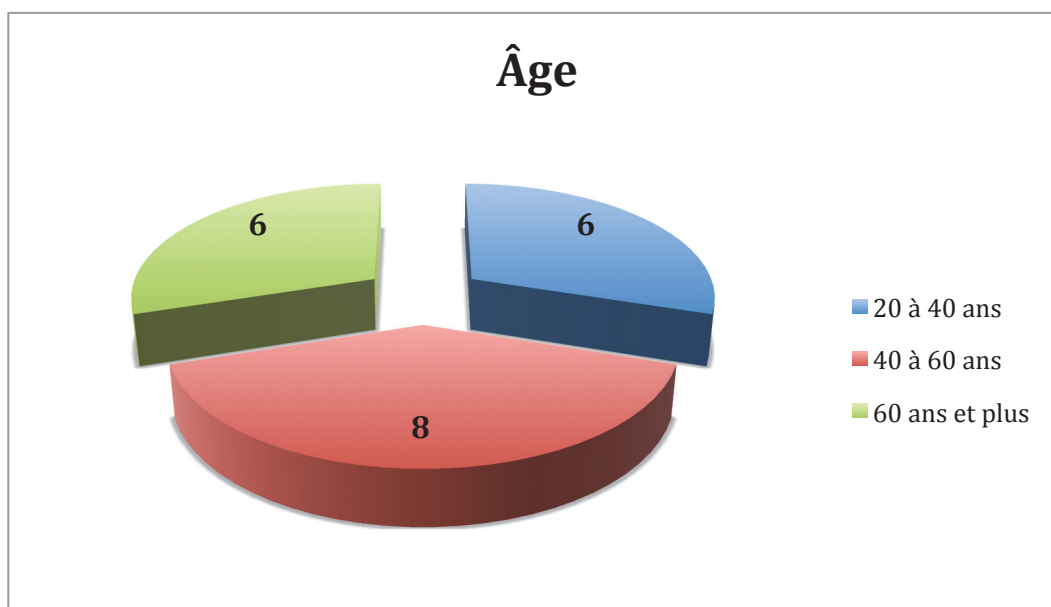


Les entretiens ont été réalisés entre décembre 2013 et février 2014.

Caractéristiques socio démographiques des médecins

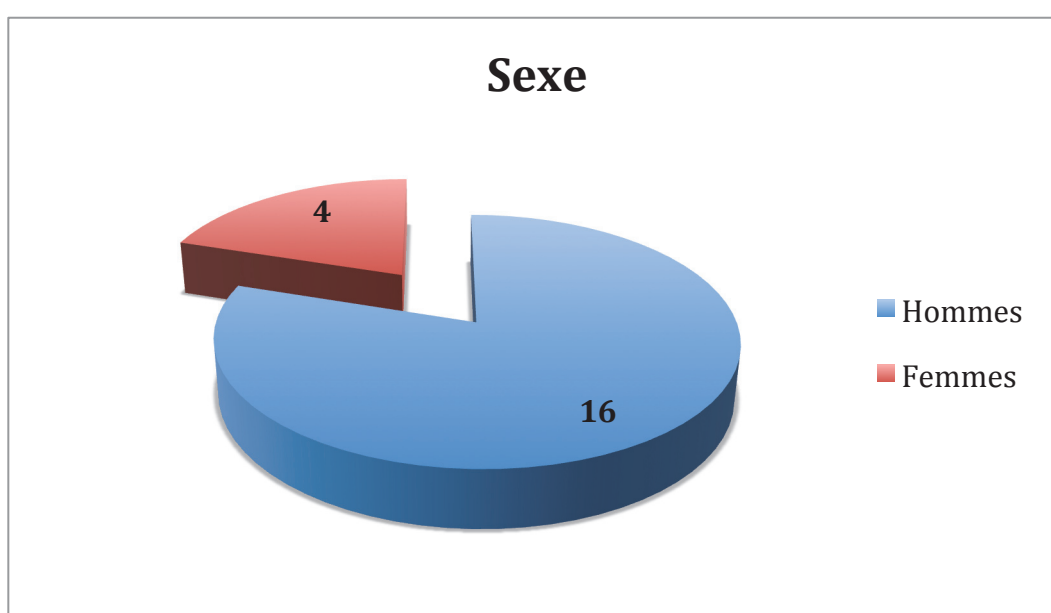
3.1.1. Âge

L'âge médian était de 55,5 ans et la moyenne d'âge de 51,6 ans.



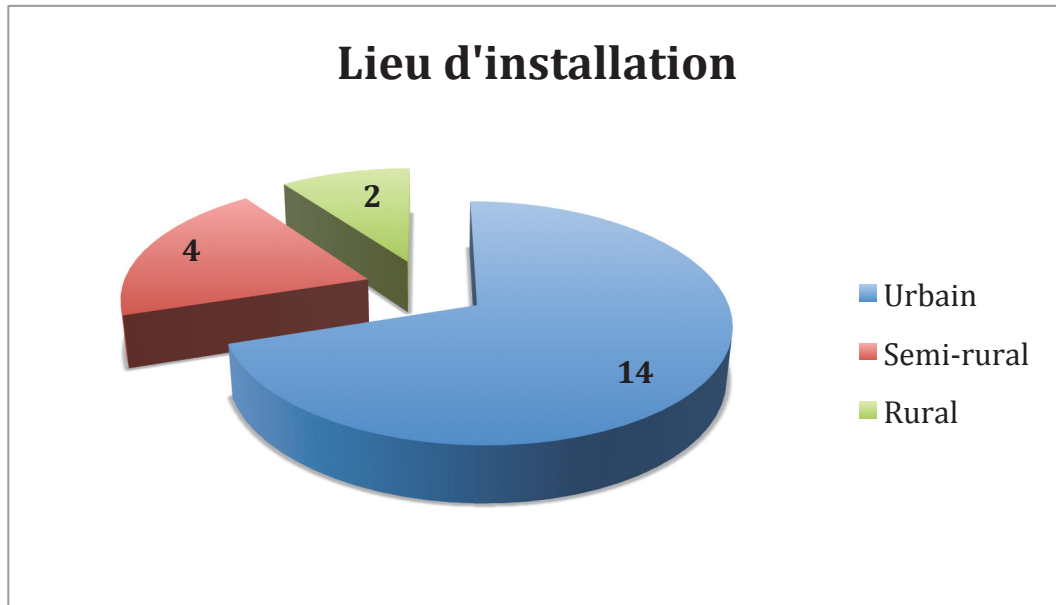
3.1.2. Sexe

Une majorité d'hommes ont été interrogés.



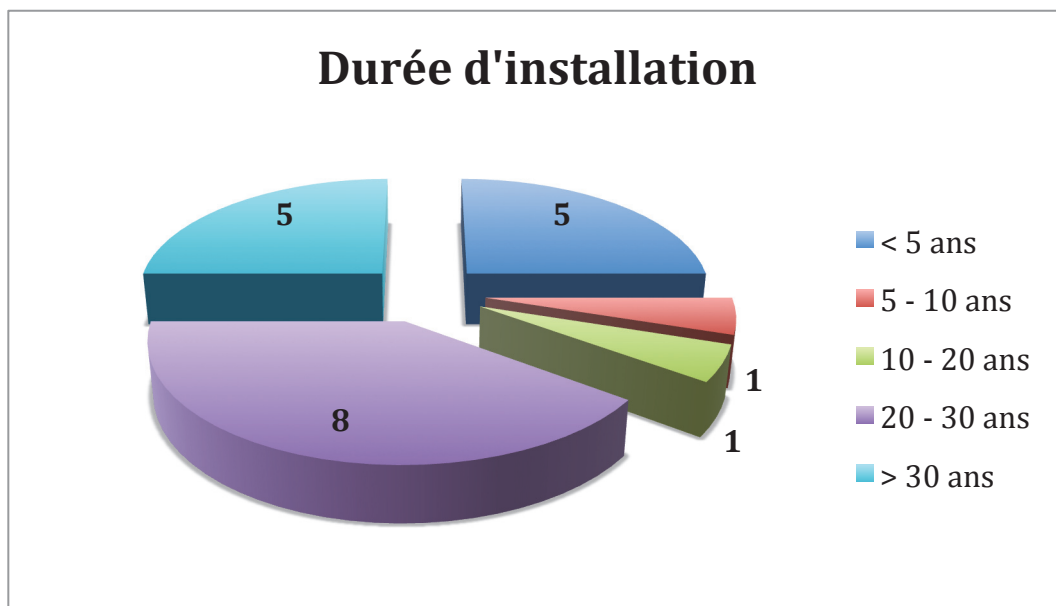
3.1.3. Lieu d'installation

La majorité des médecins interrogés étaient installés en milieu urbain.



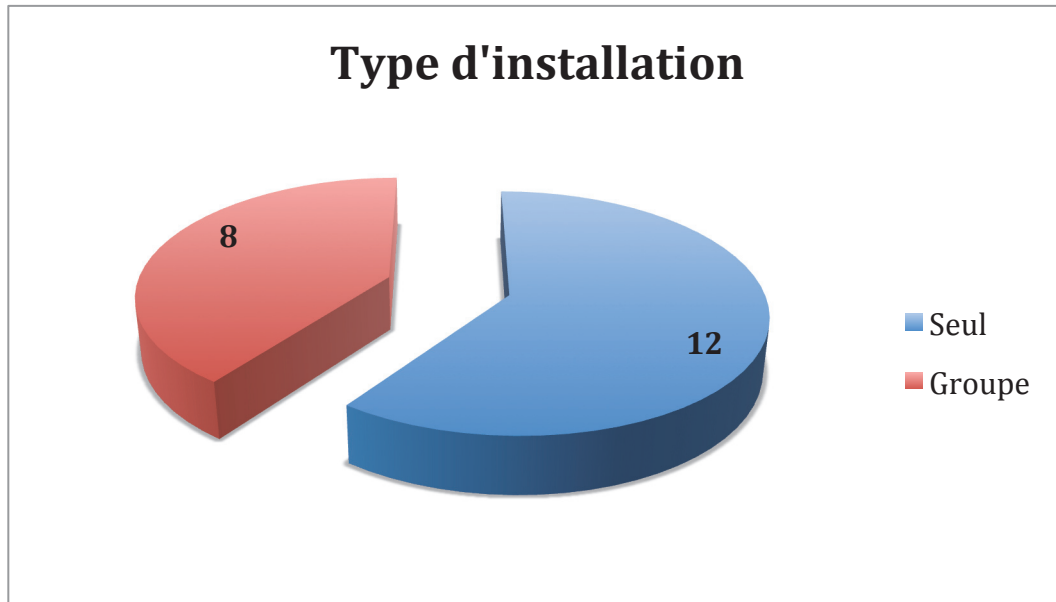
3.1.4. Durée d'installation

La plupart des médecins interrogés étaient installés depuis plus de 20 ans.



3.1.5. Type d'installation

La plupart des médecins interrogés étaient installés seuls.



3.2. Analyse du discours

3.2.1. La nécessité d'une standardisation des patients âgés cancéreux

3.2.1.1. Le traitement du cancer chez le patient âgé vu par le médecin généraliste

- La population gériatrique est en constante augmentation.

*Médecin 2 « Le problème c'est que le cancer du sujet âgé, ça va bientôt être **80 %** des cancers. »*

*Médecin 3 « On en voit de plus en plus mais nos patients vivent **de plus en plus vieux**... Avant les gens mourraient d'autres choses. »*

- La qualité de la prise en charge se veut être la même que dans la population générale, avec malgré tout des facteurs limitants inhérents à l'âge.

*Médecin 4 « On se bat, on essaie d'apporter la même **qualité de soins** chez la personne âgée ou d'autres personnes. Après on a des limites physiologiques... »*

- Les médecins insistent sur la prise en charge à adapter au patient car chaque patient est unique.

*Médecin 2 « **Chaque** patient onco-gériatrique n'est pas le même. »*

*Médecin 18 « **Ça dépend** tellement des **personnes** et des **cancers**... »*

*Médecin 19 « Toujours s'adapter au patient, c'est sa vie (...) **Au cas par cas**. »*

- La balance bénéfice-risque est mise en exergue. Le confort et la qualité de vie sont toujours privilégiés.

*Médecin 5 « Le **moins agressif** possible (pèse ses mots). Qu'ils vivent bien ce qu'il leur reste en sachant que souvent ils vont mourir d'autre chose... »*

Médecin 14 « Le **bénéfice-risque** et le **meilleur confort de vie**. Si c'est pour gagner quelques jours, il vaut mieux les laisser tranquilles (...) ça dépend du **type de cancer**, de l'état **physique**, de la **motivation**. Le **traitement** se fera en **respectant la dignité**, il vaut mieux lui donner 2 ans à vivre convenablement plutôt que 2 ans ½ à se tordre dans un lit... »

Médecin 16 « C'est le **confort** et la **qualité de vie** du malade et sa décision qui l'emportent... »

Médecin 18 « **Soulager**. Soulager la personne, soulager la famille. »

- L'âge physiologique est privilégié à l'âge chronologique. Les comorbidités des patients sont prises en compte.

Médecin 7 « Ça dépend de leur **état** ! Il y a des personnes âgées qui sont tout à fait capables de supporter un traitement complet... Ça dépend de leurs antécédents... »

Médecin 10 « C'est intéressant l'onco-gériatrie, je pense qu'il faut vraiment s'**adapter** à la **physiologie** du patient et non pas à son âge civil »

Médecin 12 « Il faut pratiquement, en étant moins agressif, les traiter comme une **personne normale**. De plus en plus, comme on recule l'âge de la grande vieillesse, il faut traiter les gens, **sans** faire de l'**acharnement** thérapeutique bien sûr, pour leur donner du **confort**, prolonger leur **qualité de vie**, autant que possible... »

Médecin 14 « Ça dépend ce qu'on appelle **âgé**, âgé en fonction de l'âge ou en fonction du physique ? »

Médecin 17 « Je pense que l'**évolution** des techniques médicales, l'évolution de la vie fait que les patients sont âgés moins tôt qu'avant, donc ils sont **âgés plus vieux** (Sourire) »

- Il n'y a pas toujours de consensus mais le médecin traitant essaie de faire au mieux pour le patient. L'issue n'est pas toujours prévisible.

*Médecin 1 « C'est toujours des situations où **personne n'a la vérité** et on essaie toujours de faire **au mieux** pour le patient (...) Le plus important là dedans, c'est de ne pas jouer à Dieu. C'est difficile de savoir où est le **juste milieu**. Parce que la médecine n'est pas une science exacte donc on peut très bien se tromper. »*

*Médecin 4 « Il y a peut être toujours un espoir qu'il y ait une bonne réponse (...) Au niveau du traitement, c'est assez aléatoire... Donc **tout peut se voir**... »*

*Médecin 13 « Je pense que ça peut être **curatif** ou **palliatif** mais au moins atténuer les douleurs et permettre **plus d'autonomie**, parce ce que souvent, ils sont complètement abattus, psychologiquement aussi... »*

- Un médecin parle de limites sans cesse repoussées, pour faire avancer la science, sans que cela soit utile pour le patient. La formation médicale pousse le médecin à toujours aller plus loin, même si ce n'est pas dans l'intérêt du patient.

*Médecin 11 « Parfois **trop**, oui... On a l'impression qu'on **repousse de plus en plus les limites**, on ne se refuse pratiquement rien. Avec des résultats qui sont parfois un petit peu amers parce qu'on a des exemples de patients qui n'en ont tiré aucun bénéfice... »*

*« Mais on a une formation scientifique, si on a avancé en médecine c'est parce qu'on a toujours été chercher plus loin. Ce qui est un échec aujourd'hui, pourrait être dans 10 ans une réussite totale. Nous avons été formés, éduqués, pour avancer et non pas pour se contenter de ce qu'on a... **Un peu aux dépens du patient**... »*

- Parfois, ils ont l'impression que les médecins hospitaliers sont allés trop loin, la décision n'a pas été comprise par le médecin qui parle d'acharnement thérapeutique. Le sur-traitement et l'acharnement thérapeutique doivent être évités.

*Médecin 1 « Je veux dire est-ce qu'on irait **aussi loin** ? (...) Parfois notre avis n'aurait peut-être pas été aussi agressif. »*

Médecin 4 « Pour moi, c'était de l'**acharnement** parce qu'on lui a fait perdre ses cheveux, elle a subi les effets indésirables de la chimiothérapie alors que je pense que ce n'était pas souhaitable... C'est une décision que je n'ai **pas comprise** (...) **On prolonge**... »

Médecin 11 « Je pense que c'est sûrement une tentative d'améliorer la prise en charge, de rallonger la durée de vie même si ce n'est pas toujours couronné de succès. C'est un **progrès**, on ne peut pas aller contre ça. Même si parfois, ça nous fait dresser les cheveux sur la tête. »

- Les spécificités de la personne âgée entraînent souvent un sous-traitement.

Médecin 4 « Souvent, on a cette image là, c'est une personne âgée, pas d'**acharnement**... Le but ce n'est pas de guérir, le but c'est d'accompagner les gens... C'est sûr qu'on ira **moins dans l'invasif**... On sera beaucoup plus dans l'**accompagnement**. »

- Les médecins s'identifient aux malades et aux familles, ils sont avant tout des Hommes.

Médecin 1 « On se demande, **si c'était sa mère** ce que l'on ferait. »

Médecin 5 « Je suis celui à qui on va venir demander in fine « docteur, et vous, si j'étais **votre mère**, qu'est-ce que vous feriez ? »

- Les médecins sont plutôt contents de la prise en charge du cancer chez les patients âgés.

Médecin 9 « Je trouve que la prise en charge est **bien**, qu'on **avance**, que les personnes vieillissent en **meilleure santé** donc ils bénéficient de soins qui étaient réservés avant à des gens plus jeunes. »

Médecin 13 « Moi je pense que ce qui est fait à Nice est **bien**. Je n'ai **pas beaucoup de recul** dans le domaine. Les quelques patients qui sont suivis en oncologie et en gériatrie, je trouve que c'est très bien. Le traitement, il n'y a **pas de problème**. »

- Les médecins semblent satisfaits de l'évolution thérapeutique du cancer. Les progrès sont considérables. Ils valorisent une médecine plus humaine avec la prise en charge globale de leur malade.

*Médecin 3 « J'ai l'impression que c'est beaucoup **plus humain**. Je pense que la prise en charge est beaucoup **plus complète**. Avant, il y a 20 ou 30 ans, c'était tellement spécialisé, c'était pointu, ce n'était que l'acte technique. J'ai l'impression que le patient est plus pris en **considération** en tant que tel. Ce n'est pas tellement sa maladie. C'est le patient. »*

*« A mon âge, il y a eu tellement de **progrès** en cancérologie, des progrès extraordinaires quant au diagnostic et à la prise en charge thérapeutique, quant au pronostic, à l'avenir, au devenir des gens, c'est extraordinaire. »*

*Médecin 16 « Je trouve que beaucoup de **progrès** ont été faits, par rapport au début de mes études. Il y a 30 ans, les chimiothérapies étaient véritablement épouvantables. Maintenant elles sont bien mieux supportées. »*

*Médecin 18 « Je trouve que ça a quand même **bien évolué**, on ne propose pas toujours la grosse batterie à tout le monde. Le fait qu'il y ait la RCP, ça me semble **bien adapté**. Ça a toujours été **bien posé**, bien réfléchi. »*

- Ils insistent sur la diversité des cancers et leur pronostic qui est meilleur maintenant dans certains cas.

*Médecin 3 « Les gens parlent du cancer alors qu'en fin de compte, ce sont « des cancers ». Donc il faut leur expliquer qu'il y a autant de cancers que d'individus, il faut respecter ce qu'est un cancer mais pas **LE cancer**. »*

*Médecin 4 « En cancérologie, on a quand même des cancers **curables**... »*

- La prise en charge est parfois trop tardive. Certains insistent sur l'importance d'une prise en charge rapide.

*Médecin 4 « Souvent on se retrouve avec des diagnostics parce qu'ils ne consultent pas, parce que ce sont des cancers qui évoluent à bas bruit, qui n'ont **pas été pris à temps**... parce que les gens ne font pas les dépistages... »*

*Médecin 14 « Ah moi, **je ne perds pas de temps**, les cancers, 15 jours de perdus, c'est une métastase de gagnée... »*

- D'autres médecins ont une attitude fataliste.

*Médecin 4 « Mais bon **on vieillit tous**, la fatalité il faut l'accepter aussi, c'est comme ça... »*

3.2.1.2. L'intérêt de l'évaluation onco-gériatrique pour une catégorisation bénéfique pour le patient

- Elle permet une prise en charge collégiale.

*Médecin 16 « C'est quand même pas mal, ça évite ce qu'on voyait il y a longtemps, les chirurgiens, qui avaient le bistouri entre les dents et qui y allaient sans rien faire avant. Et parfois, ça débouchait sur des **catastrophes**. »*

*Médecin 20 « Une décision **pluridisciplinaire**. »*

- L'utilité est de savoir si le patient peut supporter la thérapeutique proposée.

*Médecin 9 « Une **validation** qu'on peut intervenir chirurgicalement... Peut-être une **confirmation** qu'il n'y avait pas de pathologie qui m'était passée un petit peu à côté... »*

*Médecin 11 « Savoir si les patients ont un **intérêt**, peuvent **supporter** physiquement, s'il n'y a pas une contre-indication majeure. »*

*Médecin 14 « Les chimiothérapeutes vont se rabattre derrière ce rapport de gériatrie pour voir si elle est **capable de supporter** ou non une chimiothérapie. »*

- Plusieurs médecins pensent qu'une consultation systématique est nécessaire pour le patient.

*Médecin 1 « La consultation de gériatrie **systématique** en oncologie, ça me semble être une bonne chose, avant les prises de décisions. »*

*Médecin 8 « Elle est **nécessaire**, absolument parce que compte tenu de l'âge, du type de cancer, on se pose la question « ça vaut le coup ? ça ne vaut pas le coup ? » »*

*Médecin 11 « Je pense que maintenant, il faut que chaque personne âgée qui a un cancer, ait une évaluation assez fouillée... **Systématique**... Comme la RCP. C'est devenu vraiment **indispensable**. Quand je pense qu'avant les médecins prenaient leurs décisions dans leur coin. Incroyable. C'est fini ça, complètement fini. »*

*Médecin 14 « C'est toujours des choses **en plus**... Ce que nous faisons n'est pas aussi bien fait et on prend aussi parti. Tandis que là, c'est **neutre**, ils ne prennent pas parti, c'est très important. Et donc ils peuvent être **objectifs** sur le traitement adéquat ou non. »*

- Elle permet aux médecins généralistes de se sentir épaulés.

*Médecin 11 « A chaque fois que nous, médecins généralistes, on est devant un diagnostic sévère, c'est toujours bien de se faire **épauler** par d'autres médecins qui vont pouvoir apporter plus de renseignements, plus d'explications à la famille. »*

*Médecin 13 « Il ne faut pas qu'on soit tout seul devant des malades qui sont parfois condamnés. C'est toujours bien de travailler en **équipe**. C'est même très important le **réseau**. On ne peut plus travailler dans son coin. (Insiste). »*

*Médecin 20 « **Etre moins seul** à prendre des décisions de traitements lourds et agressifs. »*

- Le compte rendu-rendu d'onco-gériatrie permet aux médecins de savoir ce qui a été réalisé. Cette évaluation permet un meilleur suivi du patient et de poursuivre la prise en charge en ville.

*Médecin 3 « Je suis intéressé de savoir comment va mon patient, et j'ai besoin du compte-rendu à la fin pour **apprécier** ce qu'on a fait et ce qu'on va faire. On a besoin de **résumé**, d'éléments cliniques et thérapeutiques. »*

*Médecin 12 « Nous aider à mieux les **suivre**, les cerner et donc à les **traiter mieux**. L'**évolution** de sa maladie, et son statut neuropsychologique. On a des informations très précises, beaucoup plus scientifiques, **plus rigoureuses** donc beaucoup plus efficaces. »*

*Médecin 13 « Ça m'a servi pour le **diagnostic** et pour la prise en charge **thérapeutique**, ça c'est eux qui décident et une prise en charge psychologique aussi c'est important. »*

- Les médecins attendent un bilan précis du malade et de sa pathologie à un instant donné, un état des lieux, une synthèse, une mise au point avant la suite de la prise en charge. Le compte rendu permet d'avoir une information claire et de qualité concernant le patient.

*Médecin 2 « D'avoir une **synthèse** de qualité, d'évaluation gériatrique. Donc là, on a un Balducci à la fin, c'est plus **standardisé**. »*

*Médecin 4 « La consultation m'apporte un **résumé**, un topo assez **clair**. Cette évaluation, je la trouve de qualité. Ça permet de bien cerner la situation. »*

*Médecin 11 « C'est une **référence** finalement avant de décider un traitement, c'est un **instantané** de la situation médicale du patient au moment où on va prendre les décisions. »*

*Médecin 17 « C'était **intéressant**, ça nous a donné une idée sur **l'état général global** du patient vu par un gériatre. Je crois que c'était une consultation, où ils avaient eu **le temps** de se poser et d'avoir des questions, un examen clinique, et une prise en charge globale. Donc pour eux, je pense que c'est bien. »*

*Médecin 18 « Faire un peu **l'état des lieux**, de savoir quelle était l'attente de notre patient sur sa pathologie et de pouvoir discuter avec eux, et avoir une **information** beaucoup **plus précise** sur leur prise en charge, ce qu'il leur a été proposé, ce qu'ils ont refusé, ce qu'ils ont accepté. Vraiment rentrer dans le détail du projet de soin qui leur a été proposé. Je pense que c'est bien que ce soit quelqu'un d'autre et qu'il soit **gériatre**. »*

- Le compte rendu d'onco-gériatrie permet à certains de corriger leur appréciation, de réévaluer leur travail dans un souci de s'améliorer et d'être le plus compétent possible pour le malade.

*Médecin 3 « Ça me permet de me **corriger**, parfois je me **trompe** ou je fais mal certaines choses. Ça me permet de réévaluer mon travail (...) Donc l'avis du spécialiste à l'hôpital permet de corriger le tir ou bien de me **rassurer** (sourire) ça m'arrive (rire), me conforter. »*

*Médecin 5 « Elle m'a **renforcé dans mes convictions**. Ça m'a permis de me dire que je ne faisais pas fausse route. »*

Médecin 9 « C'est bien, parce que ça nous refait **évaluer** le patient autrement et porter un **deuxième regard** et c'est bien d'avoir un bilan gériatrique parce que parfois on n'est pas toujours au point... »

- Les médecins généralistes attendent des thérapeutiques adaptées à leurs patients et à leurs comorbidités.

Médecin 5 « **Cadrer** le patient pour savoir quelle thérapie est la plus adaptée à son cas, qui ne sera pas forcément la même qu'il y a 50 ans. »

Médecin 8 « C'est pour le **bien** du patient, dans le plus grand **confort**. Avoir le meilleur traitement pour le patient. »

Médecin 10 « Des **traitements adaptés** et un **meilleur suivi** des patients. »

Médecin 17 « En pratique, la **faisabilité** simplement de la thérapeutique, en pesant le **bénéfice-risque** par rapport à l'**âge** du patient. »

- Les médecins reconnaissent que cela permet de voir les problèmes, mais attendent des solutions aux problèmes soulevés.

Médecin 1 « Ca m'a permis de bien **poser les problèmes**, c'est une première étape, mais après c'est de trouver des **solutions**. »

Médecin 2 « Une **sensibilisation** à certaines fragilités. »

Médecin 17 « **Ça met le doigt là où ça fait mal** en expliquant au patient « Vous êtes âgé, vous avez un cancer, on vérifie si vous êtes éligible au point de vue traitement... » »

- Savoir ce qui a été fait pour bien expliquer aux patients et aux familles.

Médecin 18 « **Bien expliquer**. Ça nous permet aussi de bien connaître toute la **démarche de soin** qui est prévue. C'est beaucoup **plus détaillé** au niveau des raisons, des choix de traitements. Et l'œil de l'oncologue sur les capacités de la personne à recevoir tel traitement.

Ce qui nous aide pour la suite, la prise en charge sociale, d'aides à domicile. On propose aux familles un soutien, parce qu'au départ, elles n'osent pas demander, elles pensent qu'elles se débrouillent toutes seules. »

- Les médecins sont satisfaits de la prise en charge générale grâce à cette consultation.

*Médecin 1 « Ça me semble sur le papier un principe **intéressant**. »*

*Médecin 5 « **Très bien géré** (...) Je pense qu'au niveau psychologique, ça a été bien. »*

*Médecin 10 « Je trouve ça **très bien**, très adapté, parce que c'est vrai qu'on ne prend pas les mêmes décisions en fonction de l'âge et donc du but recherché et de la psychologie du patient donc je pense que c'est super important. »*

*Médecin 12 « Bien évidemment, c'est **très utile et très pratique**. »*

*Médecin 17 « Ça suit bien les **recommandations** prévues et je crois que les RCP sont bien faites. »*

- Un médecin trouve l'âge limite trop jeune.

*Médecin 17 « C'est une **bonne idée** mais ça **commence trop jeune**... (Rire) L'âge limite pour moi, ce serait **75-80 ans** mais je ne vois pas trop l'intérêt avant. »*

*Médecin 18 « A **65 ans**, il y a des médecins qui sont encore en activité (Rire) « Mais c'est moi, la personne âgée ? ! (Rire) »*

3.2.2. La contradiction entre l'intérêt porté à l'évaluation onco-gériatrique pour le patient et le manque d'utilité pour le médecin généraliste

3.2.2.1. Le manque d'utilité pour le médecin généraliste

- La plupart des médecins avouent n'avoir aucune expérience de l'évaluation onco-gériatrique.

Médecins 3, 7, 8, 9, 16 « Aucune »

Médecin 5 « Nulle... Jamais entendu parlé avant ma patiente. »

Médecin 6 « Assez réduite... »

- Ou ne se souviennent plus de cette évaluation.

*Médecin 8 « Je ne l'ai **pas lu**, je les lis quand je les scanne... »*

*Médecin 9 « Parfois, on ne les reçoit **pas en temps réel**. »*

*Médecin 19 « Je **ne m'en souviens pas**. »*

- Cela reste tout de même récent pour la plupart d'entre eux, ils déclarent ne pas avoir beaucoup de recul.

*Médecin 2 « Depuis que je suis installé, je dois avoir **3 ou 4** patients qui ont bénéficié d'une évaluation onco-gériatrique et dont j'ai eu les résultats. »*

*Médecin 9 « L'onco-gériatrie c'est quelque chose qui n'existait pas avant, je l'ai découvert il y a un an pour un patient, c'est **récent**... »*

*Médecin 10 « Ça devait être la **première**. »*

- Un médecin estime qu'il a déjà fait ces tests.

Médecin 5 « Je fais systématiquement des dépistages, test horloge, dépistage Alzheimer, j'ai fait des formations là dessus donc je le fais assez régulièrement. »

- Plusieurs médecins n'utilisent pas les données de l'évaluation onco-gériatrique.

*Médecin 6 « Je ne les ai **pas utilisées** (sourire). »*

*Médecin 20 « Je ne trouve **pas que ça serve** à quelque chose pour le médecin généraliste. Le médecin généraliste connaît l'état du patient. Ce que le médecin traitant veut savoir c'est les effets des chimiothérapies, des traitements adjuvants. »*

- Cette évaluation n'est pas utile pour les patients qu'ils connaissent bien.

*Médecin 5 « Je ne dis pas que c'est inutile, je dis que ça ne m'a pas apporté grand chose parce que je les **connais bien**. »*

*Médecin 6 « Non ça ne m'a pas particulièrement servi. Je pense que ça peut servir, que ça peut être tout à fait intéressant... mais dans ce cas, cela ne m'a **rien apporté de plus**. »*

*Médecin 8 « La preuve, je ne m'en suis **pas servi** (rire) Ils étaient là (désigne les CR dans le tas de papiers non lus, à scanner) ... »*

- Sans doute plus utile pour les patients qu'ils connaissent moins bien.

*Médecin 5 « Ceux que je ne vois que tous les 6 mois, des patients fantasques, et donc là ça peut les **cadrer** effectivement. Il y en a aussi qui refusent de faire les tests psycho, neuro, détection d'Alzheimer et on sait pertinemment qu'il y a des pertes de mémoire donc c'est bien de les cadrer aussi. Dans ce cas là, c'est **très utile**. »*

- Un médecin estime que les échelles ne permettent pas la vision globale d'un individu. Mais elles permettent une certaine normalisation.

*Médecin 7 « C'est grave, c'est une dimension extrêmement **réductrice** que de mettre un individu dans une **grille** parce que chaque cas est un cas particulier. Mais d'un autre côté, peut être que ça correspond à une certaine sagesse de rentrer dans un cadre et d'éviter d'éventuelles erreurs, c'est possible. »*

- La plupart des médecins généralistes ne connaissent pas l'onco-gériatrie et déplorent un manque d'informations concernant cette spécialité.

*Médecin 12 « Une équipe mobile, ça sous-entend donc qu'ils peuvent même aller au domicile si je comprends bien ?... Parce que là dessus, on n'a **pas beaucoup de connaissances**, je ne crois pas que ça s'enseigne tellement à la faculté. »*

*Médecin 18 « **Connaissances et fonctionnement du réseau**. Comment appeler ? Où appeler ? D'ailleurs je ne crois pas avoir reçu de courrier, parce que c'est assez récent... c'est génial ! Mais je ne savais pas du tout que ça existait. »*

*Médecin 19 « Je **ne sais pas** quelles sont les missions de l'onco-gériatrie. Peut-être qu'il faudrait promouvoir leur existence ? (Rire). Quand on sait que ça existe, on a plus tendance à s'en servir. »*

- Plusieurs médecins confondent évaluation gériatrique et onco-gériatrique.

*Médecin 15 « Maintenant avec la particularité gériatrique, j'ai du mal à faire **la différence** entre l'oncologie et l'onco-gériatrie. »*

- Un médecin ne connaissait pas le score Balducci.

*Médecin 8 « J'ai l'avis du gériatre, **Dr Balducci**... Ah c'est un score, malheur, catastrophe (rire). »*

- Les échelles et scores ne sont pas toujours connus des médecins traitants.

*Médecin 2 « Vous recevez les **2 pages de scores** : score ceci, score cela... auxquels j'ai été un peu sensibilisé parce que j'ai exercé en SSR donc je connais un petit peu, même si je ne suis pas gériatre. »*

*Médecin 16 « ADL, IADL c'est quoi ? Après il faut nous **éclairer** sur toutes ces échelles... ce serait pas mal. »*

- Certains médecins se posent la question de savoir si l'état cognitif est pris en compte dans la prise de décision thérapeutique, ils aimeraient connaître les critères d'éligibilité.

*Médecin 15 « Au niveau des tests cognitifs, est ce que cela peut rentrer dans la **balance** au niveau du protocole ? »*

*Médecin 17 « Qu'on nous donne sur quels critères, on se base scientifiquement. On pense le savoir par expérience médicale. En général, on tombe toujours d'accord avec le résultat. Je ne sais pas si c'est un **critère ou non d'éligibilité**. On ne va pas dire « elle est complètement gaga, ça ne sert à rien de la traiter ». L'intérêt éthique de la chose, il est compréhensible rapidement. »*

*Médecin 20 « Comment fait l'onco-gériatre avec tous ses **scores** ? Comment est décidé le traitement ? »*

- Un médecin s'interroge sur le caractère éthique de la prise de décision.

*Médecin 17 « « Après s'il faut faire des tests de mémoire pour faire une chimiothérapie ça se discute, sur le **plan éthique** (Rire). « Vous ne vous rappelez plus l'âge de vos enfants ? On ne vous fait pas la chimio, tant pis pour vous ! Fallait réviser avant de venir ! » (Rire). »*

3.2.2.2. L'évaluation onco-gériatrique au service du spécialiste

- L'onco-gériatrie permet une standardisation.

Médecin 2 « C'est très bien de **normer** des choses, de faire des grilles mais ce n'est pas utile pour le patient... On ne peut pas appliquer seulement des consensus... Vous avez autant de façons de faire la médecine générale que de généralistes et de patients. C'est bien parce que c'est **standardisé** pour l'onco-géiatre qui ne voit que des cancers chez les personnes âgées. »

- Plusieurs médecins avouent que l'évaluation onco-gériatrique ne leur a pas beaucoup apporté dans la prise en charge de leur malade. Ils pensent que ce compte-rendu d'onco-gériatrie est surtout utile pour l'oncologue afin de décider du traitement.

Médecin 2 « Je pense que c'est surtout **intéressant pour l'oncologue**. L'onco-géiatre donne cette expertise là au spécialiste. C'est surtout utile pour lui. Mais pour le généraliste, ce n'est pas primordial. »

Médecin 11 « En tant que médecin traitant, **ça ne m'apprend rien**. Il n'y a pas de scoop incroyable. C'est un document interne aux spécialistes, une feuille de route. »

L'avis onco-gériatrique permet de se substituer à l'avis du médecin traitant notamment dans les grands centres hospitaliers où cet avis n'est pas demandé.

Médecin 17 « L'onco-gériatrie, ça fait un peu de **caramel sur le gâteau** (rire). Mais je ne suis pas sûr que ça ait apporté grand chose. Je pense qu'on ne peut pas faire autrement dans un grand centre, c'est une évolution administrative et qui peut aider le patient, faute de mieux, puisqu'on ne peut pas demander l'avis du médecin traitant... Les cancérologues avaient besoin de quelqu'un d'autre qui décidait à leur place. L'onco-gériatrie se substitue au rôle du médecin traitant, mais surtout dédouane le cancérologue, c'est un **parapluie utile, la facilité**. »

- Un médecin estime que c'est une spécialité inutile. Certains médecins pensent que l'onco-gériatrie est un des rôles du médecin traitant.

*Médecin 7 « Les résultats que j'ai reçus ne m'apportent strictement rien parce que je pense que ce n'est **pas utile**. Le médecin généraliste qui connaît bien son patient est apte à juger si ce patient doit être opéré ou pas. »*

*Médecin 9 « L'onco-gériatrie ça sert finalement à **confirmer** l'indication opératoire en fonction de l'état général. Ce que faisait le **médecin généraliste avant**, finalement... Nous ne codifions pas tout ça, on voyait un peu le contexte de vie et voilà... Donc c'est surtout pour valider le chirurgien, qu'il n'ait pas d'accident opératoire ou post-opératoire... Ce n'est pas un peu ça aussi ? (Malicieux) »*

*Médecin 11 « Finalement l'onco-gériatre va faire un peu **notre travail**, que nous ne faisons pas, parce qu'on n'est pas à l'hôpital. Moi si j'étais médecin avec une double casquette, je pourrais faire l'évaluation onco-gériatrique pour mes patients mais je suis libéral donc je ne le fais pas. C'est une médecine, finalement, omnipraticienne, on s'intéresse au patient dans sa **globalité**. »*

- Un médecin trouve que l'évaluation a été trop sévère par rapport à l'état de sa patiente et qu'il faut remettre l'évaluation dans le contexte du patient.

*Médecin 14 « D'après ce que j'ai vu du compte-rendu, j'ai trouvé qu'il était un peu trop dur. C'est **bien** mais il faut voir si l'ensemble des tests correspond bien à la **personnalité** de la patiente. Si on prend tous les éléments séparés et on fait une synthèse, ça fait zéro. »*

- Certains médecins généralistes estiment que cette discipline sert aux études.

*Médecin 2 « Pour les **études**, ce sera plus intéressant de savoir que telle cohorte fragile a mieux réagi que telle autre cohorte plus fragile. Cela permet d'améliorer la prise en charge oncologique. Mais pas forcément la prise en charge en médecine de premier recours. »*

*Médecin 17 « C'est comme les études médicamenteuses de gériatrie, elles sont faites à 65 ans, parce qu'à 80 ans, il n'y a pas d'études. **On extrapole**. »*

3.2.3. La prise de décision, l'avis et le rôle des protagonistes

3.2.3.1. Le choix thérapeutique par les spécialistes

- Les médecins traitants ne sont pas toujours d'accord avec les décisions prises.

*Médecin 1 « On n'est **pas toujours d'accord** avec le bilan. Notre décision n'aurait peut-être pas été aussi agressive. »*

*Médecin 11 « On ne le vit pas mal parce que finalement on n'est pas toujours d'accord. On se dit parfois que ce n'est **pas très utile**, que c'est beaucoup de problèmes, un vécu assez pénible pour un résultat relativement faible. Souvent les médecins hospitaliers sont un peu détachés de l'histoire du patient, de sa vie. Mais on ne souhaite pas s'y opposer, on accompagne. »*

- Mais la plupart du temps, ils avouent être en accord avec les propositions thérapeutiques.

*Médecin 1 « Le plus souvent, on est quand même **d'accord**. »*

*Médecin 5 « Dans le cas présent, ça a **corroboré** ce que j'avais envisagé... Très bien géré... »*

*Médecin 19 « C'était tout à fait **judicieux**. J'étais en accord avec ce qu'ils ont décidé. »*

- Certains médecins se sentent concernés et écoutés.

*Médecin 5 « Donc **on a décidé**, avec l'unité de coordination, d'opérer parce que ça en valait la peine »*

- La plupart des médecins généralistes avouent ne pas avoir les compétences pour prendre la décision thérapeutique.

*Médecin 2 « Je n'en pense rien moi ! Je n'ai rien à redire, je ne critique pas ça. Je n'ai **pas les compétences**. Savoir quelle ligne de chimiothérapie va être appliquée, quelle est la plus adaptée à l'âge, je n'ai aucune compétence là dedans. »*

Médecin 4 « En oncologie, pas forcément gériatrique, la prise en charge est assez spécialisée, je n'ai pas à mettre mon nez dedans. Je ne suis pas spécialiste, je suis médecin généraliste, je ne suis **pas oncologue**. »

Médecin 5 « Pour ce qui est du traitement purement oncologique, il y a un comité, il y a des spécialistes, ils ont chacun leurs compétences, je ne peux qu'**accepter**. Ce serait stupide, en général tout est bien fait. Les propositions thérapeutiques, généralement, elles sont toujours acceptées. Qu'est-ce que je connais aux dernières chimiothérapies, les derniers protocoles. Il faut rester à sa place, ils sont là pour ça et si on passe la main c'est qu'il y a une raison. »

Médecin 8 « C'est **l'oncologue qui a décidé ça**. Bien sûr que ça se fait sans moi, même si on décide de faire une intervention, le chirurgien ne m'a pas téléphoné avant pour me dire « on va lui faire une gastrectomie. » »

Médecin 16 « Je fais **confiance** entièrement, j'ai **perdu les rênes**... Mais ça nous **arrange** aussi de se décharger d'un aspect qui n'est pas facile. Nous tout **seuls** dans notre cabinet, ce n'est pas évident de savoir quelle est la conduite à tenir. »

- La réunion de concertation pluridisciplinaire semble être un moyen consensuel de bien prendre en charge le malade pour certains médecins. Un médecin suggère ainsi de faire de même en médecine générale.

Médecin 4 « Ce sont toujours des prises en charge et des attitudes **consensuelles**. Ils se regroupent tous pour poser une décision thérapeutique et on l'accepte et souvent c'est la meilleure. Ça se fait très bien en oncologie et ce serait pas mal que ça se fasse en médecine générale. »

Médecin 8 « Ceci dit, ce n'est pas moi qui décide, on est toujours au dessus, c'est l'oncologue, le radiothérapeute et le chirurgien, tous les 3. En fait c'est la **RCP qui décide**... »

Médecin 20 « C'est difficile de dire qu'il n'y aura pas de traitement, donc c'est bien qu'il y ait une décision **pluridisciplinaire** pour avoir des arguments plus solides. »

3.2.3.2. Le rôle du médecin traitant

3.2.3.2.1. Un rôle omnipraticien

- Le médecin traitant connaît bien son patient. Il prend en charge le patient dans sa globalité.

*Médecin 1 « Mais on connaît **mieux** la patiente que la personne qui l'a vue une fois. »*

*Médecin 2 « Quand ce sont des patients **qu'on connaît**, on sait que ça va bien se passer. »*

*Médecin 8 « On ne soigne pas un organe, un intestin, on soigne une globalité. Je suis médecin généraliste, je suis médecin **omnipraticien**. Ce qui est important c'est d'avoir une information sur la vie du patient, son état médical, son état social et son contexte familial. »*

*Médecin 11 « Je trouve que la médecine générale a trouvé une place, elle est devenue incontournable. Curieusement, plus la médecine est sophistiquée et plus on a besoin de médecins qui ont une **vision plus globale**, de quelqu'un qui accompagne, qui écoute, qui explique. Je crois qu'on ne peut pas se passer d'une prise en charge globale, et qui tend à simplifier les problèmes. »*

- Mais de manière moins formelle, sans échelles, sans tests.

*Médecin 1 « Alors **confusément** dans la tête, on a un peu tout ça. »*

*Médecin 2 « Parce que les fragilités du patient même si on ne les a **pas codées**, le plus souvent, on les connaît. On sait ceux qui vont poser problème et ceux qui ne vont pas poser problème. Mais c'est vrai qu'on ne les évalue pas selon un questionnaire normalisé. »*

- Mais peut-être trop, la relation entre le médecin traitant et le malade est forte ce qui rend le jugement plus partial.

*Médecin 1 « On a une relation de **continuité** avec la patiente et souvent on ne la voit pas décliner (...) On ne veut pas s'en rendre compte aussi parfois. »*

Médecin 6 « Je l'ai prise en charge tout de suite parce que sinon j'avais peur qu'elle m'échappe et que la pathologie évolue. Chaque cas est un cas particulier... tout dépend du contexte, de la personnalité, de la relation qu'on a avec le patient, de l'ancienneté de la relation... Il y **autant de patients que de médecins**... »

- Ils mettent en avant l'aide et l'empathie, le soutien moral qu'ils peuvent apporter aux patients.

Médecin 3 « Le médecin de famille a un **rôle important** en cancérologie et c'est passionnant. Je n'ai pas leur maladie, ce n'est pas moi qui souffre, mais je suis là pour les **aider**. Et entre autre, le rôle du médecin de famille, en cancérologie, c'est **d'accompagner**, expliquer, diagnostiquer quand on peut. »

Médecin 4 « Au niveau palliatif, c'est une autre histoire, il faut **accompagner** les gens pour limiter leur douleur, leur souffrance, leur détresse physique, psychique. »

- Le médecin traitant se considère comme le médecin de premier recours, le médecin de première ligne, qui suit le patient dans son quotidien, avec son rôle de coordinateur et d'interface entre la ville et l'hôpital.

Médecin 2 « **Coordination**, nutrition, aide à domicile. **Surveillance** des effets secondaires. La poly-pathologie qui apparaîtrait, les troubles cognitifs, enfin bref, la médecine générale ! Le patient nous appelle parce qu'il n'est pas bien. Il ne vous appelle pas pour vous dire, « le 2^e cycle s'est mal passé, j'ai eu un effet indésirable à tel produit ». Il vous dit « je ne suis pas bien. » »

Médecin 5 « Moi je suis **au centre**, entre les chirurgiens, les radiothérapeutes, les cancérologues, les gériatologues. Donc nous, on a tous les arguments, on a l'expérience aussi et notre rôle c'est de prendre toutes les infos et de diriger au mieux notre patiente. »

Médecin 9 « C'est nous qui les **suivons à domicile**. Donc **dialoguer** et faire une synthèse avec le médecin généraliste qui est une **plaque tournante** et qui a une connaissance du patient. »

- Un rôle de référent.

*Médecin 18 « Un rôle de **synthèse** et même **un peu décisionnaire**. Parce que quand ils commencent à avoir **confiance**, je les vois souvent avoir besoin de notre avis. Souvent on va leur donner une tonne d'informations et ils ne vont rien comprendre, on est un peu **référent** »*
« On m'a dit plein de choses, je n'ai rien compris, qu'est ce que vous en pensez ? » (Rire) »

*Médecin 20 « **Central**. Le médecin généraliste doit être **consulté, écouté**. »*

Le rôle principal évoqué par bon nombre de médecins est celui d'expliquer, réexpliquer et répondre aux questions d'ordre quotidien du patient et de la famille. Le patient se sent plus à l'aise pour poser ses questions à son médecin traitant qu'il connaît qu'au médecin spécialiste.

*Médecin 1 « Il faut être assez humble, bien **expliquer** à la famille ce qu'il peut se passer. »*

*Médecin 2 « Souvent, on fait aussi un gros travail de **ré-explications**, remettre les choses dans l'ordre. »*

*Médecin 3 « En tant que médecin de famille, on connaît les patients depuis très longtemps donc on peut discuter avec eux de ce qu'on a fait à l'hôpital, parce que souvent, ils n'osent pas en parler. Ils en **parlent plus facilement** avec moi qu'avec le médecin hospitalier donc mon rôle c'est aussi parfois de traduire, de faire le relais, entre l'avis hospitalier et le quotidien du patient. »*

- Les médecins traitants ont une relation privilégiée avec leur patient, de confiance. Ils se sentent proches d'eux.

*Médecin 3 « Quand mon patient est à l'hôpital, **j'appelle** uniquement pour savoir si il n'y pas de soucis, si tout se passe bien »*

*Médecin 8 « Je ne suis pas déconnecté. Non je ne me sens pas délaissé, je fais partie d'un système. Chacun a son rôle... Ils ont décidé entre spécialistes. Non moi je suis **le psychologue***

du patient, **l'amener** au bon port ou au mauvais port comme il faut, on sert à ça... (Voix tendre) »

Médecin 14 « « Je ne veux pas vous quitter docteur, grâce à vous, on m'a opérée du sein, je veux rester chez vous tant que je peux venir, je viendrai chez vous » Voilà, elle me fait **confiance** à moi, j'ai fait le diagnostic, j'ai appelé et on a pris RDV. »

- Ils mettent en avant une relation de continuité, dans la durée.

Médecin 3 « C'est pour ça que le suivi est important parce que le médecin de famille quand il prend en charge un patient, c'est **dans la durée** (...) Il y a une **continuité**, pour nous en ville, car on suit les gens dans le temps. Et donc quand on prend en charge une maladie, c'est toujours sur le moyen et long terme. »

Médecin 11 « C'est à dire qu'on est les seuls finalement à avoir vu **l'ensemble du film**, les autres ont vu un petit bout du film, de la vie du patient. »

- Les médecins généralistes sont proches de leurs patients et ont du mal à accepter la pathologie et les thérapeutiques agressives.

Médecin 4 « Pour moi, ça l'amenait plus à une **dégradation** physique, elle a perdu des cheveux, elle a maigri. Mais c'est peut être aussi le choc de la voir... Je l'ai vue avant et je l'ai vue après la chimiothérapie. Avant elle n'était pas malade et après elle ressemblait à une **malade**... Après c'est le ressenti qu'on a... »

- Parfois les médecins traitants passent la main à l'hôpital. Leur rôle s'allège et les spécialistes prennent le relais. Globalement ils l'acceptent bien.

Médecin 4 « C'est vrai que c'est **l'hôpital qui le suit**. Ça se passe relativement bien, s'ils ne font pas appel à moi c'est qu'il y a probablement une qualité de prise en charge. Parce qu'il n'y a pas d'impasse. Mais ça ne me dérange pas de venir au second plan, parce qu'on a tellement de travail, ce n'est pas le problème. »

Médecin 8 « Non, j'ai confiance, je sais ce qu'ils font. **Ça ne me dérange nullement**, je n'ai pas un égo à ce point pour me dire « Ah, il ne m'a pas appelé pour me dire » Tout ça est fait **pour le bien du patient** et l'équipe, je la connais et j'ai confiance. »

Médecin 10 « **Conforter** le patient dans sa décision du suivi, mais c'est surtout que nous, ça nous **allège** notre rôle, puisqu'on a quelque chose sur quoi **s'appuyer**, c'est vraiment quelque chose qui nous **aide**. C'est mieux au niveau de la prise en charge et au niveau du **contact**. Il a vraiment l'impression d'être pris comme un individu à part entière et non pas comme un cancer X dans un ensemble... Et puis tout « le social », qu'on fait à côté. »

3.2.3.2.2. Le manque de consultation et de participation active du médecin traitant

- Les médecins traitants regrettent leur manque de participation active dans les prises de décisions, un manque de consultation par les médecins hospitaliers. Ils se sentent lésés dans leur rôle décisionnaire.

*Médecin 1 « Le plus souvent dans les décisions thérapeutiques, **on ne participe pas**. L'équipe ne nous consulte pas. On reçoit les décisions une fois que **c'est fait** c'est tout ! Je pense que la concertation avec le médecin traitant après cette éventuelle consultation gériatrique ce serait une bonne chose. Avant la RCP, avant de décider un petit peu ce qu'on fait. »*

*Médecin 8 « Qu'une évaluation onco-gériatrique soit faite par le milieu hospitalier mais en coordination avec le médecin de ville, parce qu'aussi compétent que soit le service, il n'a pas la **connaissance** du patient... Mon rôle dans la prise de décision est plutôt **minime**. Enfin, il est primordial, je dépiste puis je **délègue**, après on n'a plus de rôle. Si ce n'est le rôle important de l'**accueil** à la maison et du suivi. C'est ça qui est le plus important, d'**expliquer** chaque fois parce que les malades ne comprennent pas grand chose. Donc on fait le traducteur entre le spécialiste et le pauvre malade... (Rire tendre). Qu'on rassure toujours, on fait notre travail... »*

- Ils ne se sentent pas vraiment inclus dans la prise en charge.

*Médecin 3 « Elle est en amont et en aval. Je suis **dedans**, enfin je suis en **dehors**. »*

*Médecin 4 « Je suis un acteur extérieur, je ne suis **pas vraiment en réseau** avec les médecins. »*

*Médecin 8 « Je **laisse faire** les autres. »*

*Médecin 9 « Ce qu'il manque peut-être c'est qu'on soit interrogé soit par téléphone, soit par internet sur notre pratique et l'environnement de vie du patient. Conclusion, tout est fait d'une façon **très technique**, sans tenir compte du contexte social ou psychologique, familial de cet homme. »*

- Plusieurs médecins traitants aimeraient être conviés à la RCP, mais paradoxalement ils avouent ne pas pouvoir y participer par manque de temps.

*Médecin 1 « Est-ce qu'il faudrait que les médecins traitants soient **invités aux RCP** ? Je ne pense pas qu'on aurait le temps. J'ai été invité pour des RCP mais je n'y suis jamais allé. **Par manque de temps.** »*

Médecin 11 « Si on nous demandait notre avis, on le donnerait... On aimerait faire beaucoup de choses mais le temps nous est compté. Un médecin libéral fait du libéral, donc il est rémunéré quand il exerce, pas quand il se promène à l'hôpital... Qu'on nous propose de venir à chaque RCP concernant nos patients... Même si on ne peut pas y aller. C'est essentiel. On ne veut pas prendre la décision, parce qu'on n'a pas toujours les compétences mais on peut donner une indication qui peut être utile.

*Le plus utile pour la prise de décision, ce serait que le médecin traitant puisse **assister à la RCP** plutôt que l'évaluation d'onco-gériatrie. »*

*Médecin 17 « J'aimerais qu'on me mette au courant **avant, plutôt qu'après** mais ce n'est pas grave... Officiellement dans la **RCP** le médecin traitant doit participer, mais on nous tient au courant quand c'est fini, mais tant mieux parce qu'on n'a **pas le temps** d'y aller. **On ne nous demande pas notre avis.** Cette onco-gériatrie qui a été mise en place, c'est une bonne chose, ça se substitue un peu à l'avis qu'on a. »*

- Ou par peur de ne pas être à leur place.

*Médecin 17 « Se sentir **comme un chien dans un jeu de quilles.** »*

- Certains médecins se sentent mis à l'écart, court-circuités. Ils sont sur le fait accompli.

*Médecin 4 « Moi je suis arrivé **après la bataille**, parce qu'il était déjà suivi... Je n'ai jamais eu la situation où j'étais face au diagnostic... Ils travaillent, ils m'envoient les courriers. Je n'ai pas eu d'échange avec l'équipe... Ils me renvoient leurs résultats. »*

*Médecin 5 « C'est pas tant des conseils que des « On va faire ça, **on a décidé ça** ! » (Ironie) »*

Médecin 9 « **Shunté, complètement...** Je ne le vis pas mal au niveau de mon ego, on n'est pas au courant en temps réel. On a l'impression qu'il y a une déshumanisation du travail et de la relation et pour laquelle, on vient un peu à contre courant. Et c'est dommage parce que ça pourrait vraiment enrichir la relation, mettre un peu plus en conscience des problèmes du patient pour le généraliste et informer le médecin hospitalier sur l'environnement. »

Médecin 17 « Je n'ai **pas de rôle** puisqu'on ne me demande pas mon avis, je reçois le compte-rendu, en général différé. Mais la **décision est déjà prise**. En général, c'est bien fait par ceux qui s'en occupent. On voit que le compte-rendu est bien clair. »

Médecin 20 « On n'est **pas consulté**. On est **exclu** de la prise en charge. »

➤ Mais avouent ne pas toujours mal le vivre car ils ont un manque de temps.

Médecin 8 « Je n'y suis pas à cette réunion, je reçois le compte-rendu...Je n'aurai **pas le temps**... Mais finalement ça ne me pose **pas de problème**. »

Médecin 11 « Notre rôle c'est plus d'expliquer que de prendre les orientations. On s'aperçoit que les **décisions sont prises ailleurs**. Mais **on ne le vit pas mal** (...) Donc on lui explique. Ce n'est pas nous qui avons pris la décision. On a besoin d'avoir des arguments pour l'aider à aller dans ce traitement et dans ce parcours de soins. »

➤ Ils insistent sur l'intérêt de recueillir l'avis du médecin traitant.

Médecin 1 « L'évaluation onco-gériatrique est une bonne initiative à condition d'inclure **l'avis du médecin généraliste**. »

Médecin 20 « Il faut **inclure le médecin traitant**. Et ce n'est pas fait. Ca a été une affaire de spécialistes. »

➤ Les médecins généralistes aimeraient être consultés.

Médecin 17 « J'aimerais qu'on me mette au courant **avant, plutôt qu'après**. »

3.2.3.2.3. Les difficultés rencontrées par le médecin traitant

- C'est plutôt le manque de communication qui semble poser problème.

*Médecin 18 « Une des patientes qui est décédée, il y a eu un gros problème de communication. C'est vrai que la coordination et la **communication** ne sont pas encore bien faites. »*

- Le médecin se sent seul.

*Médecin 3 « En ville, on est **seul** avec le patient, et l'entourage (...) A l'hôpital, on est en équipe, mais moi je suis seul. »*

*Médecin 16 « Nous tout **seuls** dans notre cabinet. »*

- Les médecins regrettent le manque de temps.

*Médecin 3 « On est seul et il y a beaucoup de patients à voir donc on n'a **pas toujours le temps** ou parfois on n'a pas toujours l'écoute. »*

*Médecin 12 « On a très **peu de temps**, ce patient, je ne l'ai toujours vu qu'en visite, donc je pare au plus pressé, j'assure les choses courantes. »*

*Médecin 16 « En plus, c'est **chronophage** de faire ça. »*

3.2.3.2.4. Les difficultés rencontrées concernant le patient

▪ La prise en charge médicale

- La prise en charge médicale ne semble pas poser de problèmes majeurs.

*Médecin 2 « Après niveau médical, ce n'est **pas problématique**. »*

- La gestion de la douleur est la plus souvent citée.

*Médecin 15 « Ca va être un peu plus compliqué sur l'**accompagnement** de la douleur ou les soins palliatifs en fin de vie. »*

*Médecin 18 « La **gestion de la douleur**, pas toujours évident, même si on a un arsenal thérapeutique assez facile avec les morphiniques... »*

▪ La souffrance psychologique complexe

- Beaucoup de médecins parlent de la prise en charge psychologique comme étant complexe.

*Médecin 5 « Avec toute la prise en charge **psychologique** qu'il a fallu parce qu'annoncer à une mamie qu'elle a une récurrence de cancer alors qu'elle a fait 5 ans de Tamoxifène et tout et tout, et qu'elle en avait marre, ce n'était pas évident. »*

*Médecin 18 « Un **recours** un plus rapide à des **psychologues**, parce qu'on est un peu démuni, la souffrance morale, c'est le plus difficile à prendre en charge. »*

- La consultation d'onco-gériatrie permet une meilleure prise en charge psychologique.

Médecin 12 « Il a cette attitude de se replier sur lui même. Du coup, moi j'ai très peu de notion sur son état psychologique, voire la gravité de sa dépression puisqu'ils sont tous dépressifs, quasiment. Ils ont beaucoup besoin d'être suivis sur le plan psychiatrique. Ça

nous permet de **mieux** cerner le patient, même les risques qu'il peut présenter au niveau comportemental. »

Médecin 18 « Et la **souffrance morale**. Parce que même s'ils sont vus par les psychologues, c'est souvent un peu rapide, ou alors ils refusent d'être vus, ils ne veulent pas et la souffrance est quand même là. Ça c'est difficile. »

Médecin 20 « Face à une difficulté, il y a des gens qui sont combattifs, d'autres se **replient** sur eux même. J'ai l'impression que mon patient se sent dévalorisé, il se sent diminué donc il ne veut pas me donner cette image. En tant que médecin traitant, on a une relation plus conviviale, il ne veut pas donner un **aspect de lui négatif**. Alors qu'en fait, il a besoin. Une personne extérieure avec une spécialité déterminée, ça passera mieux, je pense... »

➤ La souffrance de la famille est difficile à prendre en charge.

Médecin 19 « Je trouve que les **familles** sont **très démunies** parce que c'est difficile de proposer un psychologue aux filles, à la femme. Nous on s'occupe du patient mais on voit bien que la famille autour s'écroule. Je pense qu'elle avait confiance en moi, elle me connaît. Ils encaissent beaucoup, ils tiennent le coup mais à la fin ils s'effondrent quand c'est très long, ça peut être difficile pour eux. Nous on est là un peu, mais pas assez. »

▪ L'isolement social et l'avis de la famille

➤ L'isolement est la plus grande difficulté rencontrée par les médecins.

Médecin 1 « Les problèmes, c'est quand la personne est **très isolée**. »

Médecin 2 « Le problème, c'est toujours **social**, le maintien à domicile. »

Médecin 14 « La difficulté ? C'est plus le social qu'autre chose, ça dépend s'ils sont entourés ou non. Le social. **L'entourage**, s'ils sont seuls, on va avoir des difficultés énormes. »

- La famille semble être le soutien le plus précieux des médecins généralistes dans la prise en charge à domicile.

*Médecin 2 « Moi je suis aidé quand il y a une **famille**. Ça me fait gagner du temps. »*

*Médecin 3 « Quand je parle « patient », c'est **le patient et l'entourage**. En gériatrie, il y a souvent le conjoint quand il est encore bien ou parfois un enfant, parfois les gens sont isolés, donc là c'est plus compliqué à gérer parce que il n'y a pas d'entourage pour appuyer le médecin de famille. »*

*Médecin 11 « Il y a toujours un **décalage** entre un savoir, des connaissances, des expertises et puis finalement la vie quotidienne. Le patient qui rentre chez lui... C'est toujours cette séparation entre ce qu'on aimerait qui soit et ce qu'on peut réellement réaliser. »*

- Le socio-administratif, la déclaration d'ALD sont des contraintes citées.

*Médecin 1 « Vraiment plus du **socio-administratif** que du médical. Ils délèguent toujours ça au médecin traitant. »*

- Le maintien au domicile du patient dépend de l'évaluation de l'autonomie de ce dernier.

*Médecin 1 « Par rapport à la prise en charge à domicile, c'est selon l'état d'**autonomie** de la patiente. Si la personne est bien entourée, c'est quand même beaucoup plus facile que si elle est vraiment toute seule. Et si vraiment l'autonomie est très perturbée, le maintien à domicile sera très difficile. »*

- Les aides mises en place par les médecins : l'infirmière, le kinésithérapeute, l'aide ménagère et les aides sociales.

*Médecin 1 « Une fois qu'on a mis en place, les **soins** infirmiers, une aide ménagère, et le kiné. On ne peut plus faire grand chose, après tous les petits détails, on peut difficilement les régler nous mêmes donc, si il n'y a pas de la famille, c'est difficile. Les assistantes sociales de l'hôpital sont quand même assez compétentes, elles arrivent à mettre en place quelque chose. Mais ça ne va pas très loin. »*

*Médecin 2 « Enfin c'est compliqué, il faut juste appeler soit CHRONOS soit le CCAS pour que quelqu'un vienne et qu'il rentre dans un **réseau**. C'est ça le seul problème. »*

▪ **Le respect du choix du patient**

➤ Parfois, trop de poids est donné à la famille et trop peu au patient.

*Médecin 1 « J'ai l'impression avec le recul qu'on ne demande **pas trop l'avis du patient**. On a **l'avis de la famille**, et pas trop l'avis du patient. Alors que ça concerne le patient. »*

*Médecin 16 « C'est **sa peau au malade**. »*

*Médecin 20 « Souvent on fait des traitements pour **faire plaisir à la famille** aussi. »*

➤ Le choix du patient est parfois difficile à respecter. La volonté du malade est primordiale.

*Médecin 3 « Il y a la **compliance** des patients qui vont adhérer, comprendre, accepter. Parfois les gens ne veulent pas aller à l'hôpital. Et on a beau essayer de faire passer le message, expliquer, réexpliquer au patient et à l'entourage mais parfois ça ne passe pas. »*

*Médecin 15 « Quelques fois, on a des patients qui ne sont **pas très compliants**, qui ne veulent pas forcément se faire soigner. A certains âges de la vie, quand on a bien vécu, certains n'ont pas envie qu'on les embête...»*

*Médecin 19 « J'ai une patiente qui **refuse de se faire traiter**. Je prends la décision de l'accompagner, je ne l'abandonne pas. Je la respecte dans son choix. Je lui explique ce qui est bien pour elle... C'est d'abord un partenariat avec le patient. S'ils me posent des questions, je leur explique, s'ils ne posent pas de questions, je ne leur explique pas. »*

- Certains médecins parlent d'obtenir les directives anticipées du malade et de sa famille.

*Médecin 19 « Quand ils sont à domicile, par exemple en HAD ou en fin de vie, je dis à la famille « Que voulez-vous ? Vous voulez qu'il aille à l'hôpital s'il y a un problème ? Ca c'est la loi Leonetti, c'est important. Quand il y a une consultation d'onco-gériatrie, il faut que la famille soit **informée** ou le patient, le noter dans le dossier. »*

*Médecin 20 « Et puis il y a la famille à inclure dedans, les **directives anticipées**, discuter avec la famille, jusqu'où le patient veut aller. Là ça n'intervient pas. »*

- Plusieurs médecins insistent sur le recueil du choix du patient.

*Médecin 18 « Surtout à l'hôpital, où les visites sont assez expéditives. Là au moins, il y a vraiment quelqu'un qui se pose pour s'intéresser à eux, à ce dont ils ont **envie** surtout. C'est vraiment coller à l'envie des gens et aussi à leur **état** et à ce qu'ils peuvent recevoir dignement. »*

- L'annonce et les explications données par le médecin traitant sont prépondérantes.

*Médecin 16 « L'**annonce** progressive de la nature cancéreuse de sa lésion. Parce qu'il est bien cortiqué, mais il ne voulait pas voir l'évidence donc on y est allé progressivement. Parce que le but c'est d'**expliquer** et de discuter des thérapeutiques. **Le malade a son mot à dire quand même, c'est sa peau...** Savoir à quelle sauce, il va être mangé. »*

- Certains patients ont peur des thérapeutiques.

*Médecin 10 « L'**opposition**, la **peur des traitements**... Pour nous, la difficulté c'est de faire admettre au patient que malgré son âge, il y a des traitements qui sont adaptés, qui ne vont pas être plus agressifs que la maladie. »*

*Médecin 19 « Après c'est toujours une **discussion** avec les patients (...) c'est lui qui prend la décision. C'est toujours le choix du patient, c'est quand même lui que ça concerne. »*

*Médecin 16 « « Non foutez-moi la paix, je meurs avec mon truc... » Donc moi je respecte la **volonté des malades**, même si pour nous c'est pas facile... J'ai assumé pour cette malade... »*

- L'avis de la famille n'est pas forcément en adéquation avec le patient.

*Médecin 3 « Il y a les **2 pôles** : le patient et l'entourage, parfois, ce sont 2 pôles antagonistes. Chez la famille et l'entourage, il y a parfois un déni, parfois c'est l'inverse, le patient ne voit pas son problème, la famille au contraire le prend en charge. »*

- La souffrance du patient est difficile à gérer par la famille.

*Médecin 15 « C'est plutôt la **famille** qui nous dit « Il ne faut pas qu'il souffre ». Donc il y a toujours cette notion de **souffrance ou de fin de vie** qui va vite venir. « Qu'est ce que ça va lui apporter par rapport à si on ne fait rien ? » »*

- Plusieurs médecins n'ont pas eu de retour de leurs patients sur cette évaluation.

*Médecin 6 « Je **ne sais pas** du tout... »*

*Médecin 9 « **Aucun retour** du patient, il ne m'en a même pas parlé. »*

*Médecin 13 « On n'en a **pas parlé**. Je n'ai pas pu savoir. »*

- Les patients vivent plutôt bien cette évaluation, ils sont contents qu'on s'intéresse à eux en tant qu'individu.

*Médecin 3 « En principe ça se passe bien, les gens sont contents. C'est plutôt **valorisant** pour eux. »*

*Médecin 5 « Bien ! Ca a été, ils ont été gentils, ils sont **biens** ! »*

*Médecin 16 « **Très bien**. Mais bon c'est un patient un peu spécial. Il s'occupe de son nombril le gars, sa petite santé, il fait attention, il la regarde. Il avait déjà été évalué en gériatrie, il avait fait un test sur la mémoire, il avait été cobaye. Il s'occupe bien de ça... »*

*Médecin 18 « Le retour que j'en ai eu des patients, c'est d'avoir eu quelqu'un qui leur a parlé pendant une heure, qui leur a posé plein de questions, qui les prend vraiment en charge. **Bon retour.** »*

- Plusieurs patients n'ont pas compris pourquoi ils avaient été évalués en onco-gériatrie.

*Médecin 5 « Elles n'ont **pas compris** au départ pourquoi on les envoyait en gériatrie, onco-gériatrie. Mais après elles ont bien accepté ».*

*Médecin 8 « Il fallait quand même que je lui donne mon **aval**. Il fallait que lui dise « Oui il faut y aller c'est nécessaire. » Les patients se posent beaucoup de questions. »*

- Le patient est pris en charge dans un système.

*Médecin 8 « Ca se fait tout seul les consultations, le patient **se dirige tout seul** d'une consultation à l'autre, il est dirigé, il va du chirurgien, à l'oncologue... »*

*Médecin 11 « Les patients ne comprennent **rien**, rien, ils ne savent pas du tout qui ils ont vu, pourquoi, ni comment. Zéro. Parce que finalement pour eux, un médecin à l'hôpital, ça reste un médecin en blouse blanche. »*

*Médecin 17 « Mais enfin ça l'a un peu **perturbé**. « Eh ben oui, vous êtes vieux... 65 ans, vous avez dépassé l'âge de péremption ! » (Rire) »*

3.2.3.3. Les rapports avec les spécialistes

- Entre la ville et l'hôpital, les relations avec les spécialistes sont différentes. En ville, les spécialistes sont plus facilement disponibles. Les médecins avouent avoir des rapports très variables selon les spécialistes. Mais ils ont des compétences et un respect mutuel afin de garantir le bien du patient.

*Médecin 3 « **Ca dépend** des spécialistes (rire). J'ai toujours un respect pour un confrère spécialiste, il a des compétences que je n'ai pas donc j'ai besoin de lui pour moi et mon patient, c'est ça le plus important. »*

*Médecin 9 « En ville ou à l'hôpital ? C'est fondamentalement **différent**... Les rapports en ville, parfois on s'appelle quand c'est quelque chose d'important à signaler et sinon ce sont des courriers. A l'hôpital, on n'a **aucun retour** téléphonique ou par internet. On ne se connaît pas. Peut être le fait d'être débordés chacun dans son domaine... »*

*Médecin 12 « En général, j'ai leur **téléphone portable**, dès que j'ai un souci je les appelle. Avoir un **contact direct**, chose qui se fait de plus en plus souvent c'est vraiment très important. Parce que sinon souvent, il faut passer par le secrétariat, avec l'**hôpital**, il y a souvent ce **blocage**, ce filtrage. »*

- Ils se constituent un réseau d'interlocuteurs privilégiés selon leurs affinités, leurs lieux d'études, leurs qualités notamment la compétence et l'écoute accordée au patient.

*Médecin 1 « On a son **réseau** donc on choisit les spécialistes qui nous ressemblent ou avec qui on s'entend et qu'on pense être les plus compétents et les plus à l'écoute de nos patients. »*

*Médecin 5 « J'ai 3 ou 4 **correspondants**, ne serait-ce que pour des conseils. »*

*Médecin 15 « Le **réseau** fait beaucoup... Comme tout généraliste, j'ai des **interlocuteurs privilégiés**, ceux que j'estime être à la fois les plus compétents et les plus réactifs. On essaie de faire jouer la **proximité** à compétences égales. L'idéal étant d'avoir des personnes qu'on*

connaît. Un **réseau** de gens que je peux joindre directement, sur les portables, quelque soit la spécialité. »

- Un médecin généraliste ne se sent pas compétent et surtout a ce sentiment d'infériorité vis à vis des spécialistes.

Médecin 3 « J'ai un **blocage**, je n'arrive pas à parler avec les médecins hospitaliers ; parce que je n'ai **pas leurs compétences**. Donc je suis toujours là pour les renseigner, les antécédents, l'état du patient mais j'ai toujours du mal, je ne peux pas discuter avec eux parce que je n'ai pas leur niveau de compétences »

- Un médecin parle de partage du malade avec les spécialistes.

Médecin 16 « Moi je ne reste pas seul dans mon coin, **je partage le malade** avec des spécialistes (rire). Pas avec tout le monde (ironie). Je trouve que c'est bien d'en discuter. »

- Les médecins avouent avoir un avis mitigé sur les conseils donnés par les spécialistes. Certains conseils ne sont pas réalisables selon eux.

Médecin 1 « C'est **variable**. Parfois les conseils sont tout à fait pertinents ; parfois on se demande s'ils ont déjà été au domicile d'un malade. »

Médecin 2 « Je ne les ai **pas utilisés**. C'était des choses qui étaient soit impossibles à mettre en place, soit déjà en place... Je le prends, je le lis, ça me fait plaisir mais après j'en fais rien en pratique. Enfin c'est très dirigé pour l'oncologue, l'onco-gériatrie... C'est surtout utile pour l'oncologue. »

Médecin 9 « « Nous prescrivons des compléments alimentaires... » Mais il n'est pas capable ! C'est bien mais ce n'est pas toujours vrai ce qu'ils écrivent... Donc là l'évaluation, elle n'est **pas réellement adaptée**... Ou en tout cas la conclusion... »

- Les conseils ne sont pas forcément appliqués mais pris dans un ensemble, une globalité de la réalité du patient.

*Médecin 2 « Très bien, **très utile**. Après ce n'est pas pour ça, que je vais prendre le truc, aller chez le patient et dire « voilà on fait ça » c'est plus **global**... On le digère un peu... Parfois le problème qu'a soulevé l'onco-gériatre n'est pas du tout le problème du patient. En médecine générale, chaque patient a ses faiblesses et ce ne sont pas toujours les faiblesses du spécialiste d'organe. Il y a parfois un **décalage** entre la théorie et la pratique. »*

*Médecin 15 « Je suis toujours **attentif** à ce que peut m'apporter le spécialiste. Quand je ne suis pas sûr ou que ça dépasse ma compétence, il ne faut pas qu'il y ait de perte de chance. C'est toujours intéressant d'avoir un œil avisé. Après ça m'arrive d'avoir un avis d'un confrère et de ne pas être d'accord. C'est intéressant d'avoir l'avis de la personne la plus **compétente**. »*

*Médecin 20 « Je pense que c'est bien ces conseils, on n'est pas forcément au clair, on n'est pas bon sur tout. Avoir des propositions thérapeutiques, ça ne fait jamais de mal, c'est forcément **bien vu**. Les personnes fragiles ça fait toujours peur au médecin, être secondé et soutenu par d'autres personnes, ça nous arrange. Quand la prise en charge globale sort, c'est **appréciable**. »*

- Certains médecins sont d'accord avec toutes les recommandations.

*Médecin 5 « Alors les recommandations honnêtement **je cadre parfaitement** avec... Environnement social, comorbidités, syndrome gériatrique, on est d'accord sur tout. »*

*Médecin 8 « Je les prends argent comptant, c'est bon, ça émane des spécialistes, je ne vais pas aller contre, jamais. On **va dans ce sens** là et puis on change en cours de route s'il faut changer. »*

*Médecin 12 « Je ne le prends **pas** du tout comme si on me mettait **de côté**, au contraire. Je le prends comme une **aide extrêmement utile**. Moi je **ne peux pas faire** ce que fait cette équipe. Parce que c'est un tout là. »*

- Un médecin ne se sent pas compétent car la prise en charge est très spécialisée.

Médecin 6 « Dans ce domaine, je m'en remets beaucoup aux spécialistes, c'est quand même très spécialisé. »

- Certains médecins se plaignent du manque d'explications à leurs malades et manque de communication.

Médecin 16 « Il n'y a pas assez d'explications au malade. Souvent. Les spécialistes considèrent le malade comme un numéro... Il n'y a pas de dialogue... »

Médecin 17 « Je pense qu'elles se sont améliorées. Mais il n'y a pas d'explications suffisamment claires pour que les patients les aient comprises sans être obligés de venir nous demander de les traduire. C'est très fréquent mais ça a toujours été, c'est normal. »

Médecin 20 « Toujours des problèmes de communication. Les patients comprennent peu les consultations des spécialistes et viennent voir leur médecin généraliste pour qu'on leur explique les termes utilisés. Après on ne peut pas faire de généralités, certains s'expriment avec des termes moins techniques et plus compréhensibles. »

- Les médecins ont plutôt de bons retours de la prise en charge spécialisée.

Médecin 4 « Vis à vis des patients, je n'ai pas de mauvais retour... Non au contraire, ils sont assez ouverts, ils connaissent leur boulot. Il y a une ouverture et une communication et surtout une disponibilité, que les gens recherchent, attendent... parce que c'est difficile... Ils se substituent à notre travail, le soutien y est... Mon expérience est plutôt bénéfique... »

Médecin 12 « Je trouve que ça s'améliore parce que j'ai du recul maintenant (rire). Autant avant, c'était assez froid comme relation, on avait l'impression que c'était leur monde et puis en médecine générale, c'était un autre monde. Autant là maintenant je trouve qu'il y a une très bonne coopération, une meilleure considération mutuelle donc ça fonctionne très bien, je suis très content actuellement. J'ai vu un gros progrès à tout point de vue. »

- Les médecins spécialistes semblent beaucoup plus humains qu'il y a quelques années.

*Médecin 5 « Tous bien. Il y a une quinzaine d'années, c'était autre chose (rire)... une réception des patients assez lamentable, manque de psychologie des chirurgiens... Là ils sont beaucoup plus psychologues, et beaucoup plus attentifs, beaucoup plus à l'écoute et beaucoup **plus humains**... »*

*Médecin 8 « En matière de cancérologie, ils sont toujours **prévenants**, aux petits soins. Toujours de l'**empathie**, sans trop en faire, il ne faut pas l'écraser aussi le patient (Voix tendre). Toujours **précis, concis**. Non c'est bien. »*

3.2.4. Les propositions d'amélioration des médecins généralistes pour associer les avis du patient, de son entourage et du médecin traitant

3.2.4.1. Ville et hôpital : deux mondes en manque de communication

- Les médecins généralistes parlent de deux mondes entre la ville et l'hôpital.

*Médecin 3 « Souvent le **décalage** entre le monde hospitalier et le monde de la médecine de ville. C'est la même pathologie mais pas la même médecine, ce sont 2 **médecines différentes**. »*

*Médecin 5 « Quand on est libéral et hospitalier, on n'a pas la même **perception** des patients. »*

3.2.4.1.1. La correspondance écrite privilégiée

- La correspondance écrite avec l'hôpital est jugée bonne dans son contenu mais le délai de réception par le médecin traitant beaucoup trop long. Cependant il est variable selon les services.

*Médecin 9 « Le délai est trop long... Toujours **décalé**, on n'est plus dans la problématique... Nous ne savons plus si les décisions ont été prises, et nous sommes simplement informés, spectateurs et nous ne sommes pas dans l'interaction. »*

*Médecin 13 « Elle est **bien**. Parfois il y a des **délais un peu longs**. Heureusement que de temps en temps, je passe un petit coup de fil pour avoir des nouvelles. C'est rare quand même. En général, on a un délai de 15 jours, 3 semaines pour avoir un compte-rendu. »*

*Médecin 17 « Les correspondances épistolaires sont **correctes**. Les comptes rendus hospitaliers je trouve qu'ils sont parfaitement **bien faits**, bien améliorés depuis peu. »*

- Certains médecins n'aiment pas la présentation du courrier, ils regrettent qu'il y ait trop d'échelles et de grilles. Ils préféreraient une communication plus littéraire.

*Médecin 7 « C'est complètement moderne, absolument **pas linguistique**. Je pense qu'un courrier aurait été beaucoup mieux que des **cases** remplies, qui sont totalement informelles. Pourtant je suis un scientifique mais je pense qu'il faut un minimum de littérature en médecine pour pouvoir **communiquer** (pèse ses mots). »*

*Médecin 9 « Sous forme écrite, ça me paraît mieux. C'est la première fois que je vois une **grille**, d'ailleurs je crois que je ne l'ai même **pas lue**... »*

*Médecin 16 « Bon après on est saturé d'**échelles** aussi. »*

*Médecin 20 « La présentation pourrait être améliorée. Ce n'est **pas assez littéraire**. »*

- Parfois certains reçoivent des appels ou des mails mais la correspondance écrite est privilégiée pour bon nombre de médecins car elle permet une réflexion plus approfondie et n'est pas noyée dans un flot de mails.

*Médecin 3 « La communication le **mieux c'est l'écrit**, le courrier et pas internet. L'écrit est plus profond, pour réfléchir... on est tellement submergé par les mails. Bien que c'est une perte de temps et que le mail est plus pratique, la réflexion est moins approfondie je trouve. »*

*Médecin 7 « Le **courrier** est très bien, il est scanné, il est mis dans le dossier, c'est parfait. »*

- Un médecin souligne le fait que le compte-rendu soit envoyé au médecin traitant alors que le patient n'a pas été adressé par ce dernier.

*Médecin 7 « C'est très bien de recevoir un courrier dans des délais très rapides de la part d'un service que je ne connais pas pour une patiente que je n'ai **pas envoyé**. C'est rare (Rire). »*

3.2.4.1.2. La correspondance téléphonique difficile

- La correspondance téléphonique semble utile lorsqu'il s'agit d'une urgence mais compliquée à mettre en oeuvre.

*Médecin 4 « On sait communiquer donc si vraiment on a besoin, on essaie d'avoir les gens... Mais il faut avoir les **coordonnées**... »*

Médecin 5 « Le téléphone c'est ce qu'il y a de mieux quand il y a quelque chose d'important à dire. Et souvent les médecins et les chirurgiens hésitent. »

*Médecin 11 « La correspondance téléphonique est très **faible**. On n'est jamais informé de la situation médicale d'un patient, sauf si on en fait la demande, mais il faut s'armer de beaucoup de patience, parce qu'on n'arrive pas à avoir le correspondant. »*

- Plusieurs médecins évoquent le problème du secrétariat comme barrière.

*Médecin 5 « C'est plus au niveau peut être des **secrétaires** (rire) que des médecins... qui mettent des post-it partout je pense et qui doivent les déchirer régulièrement... »*

- Cependant pour le suivi plus classique, le contact téléphonique semble difficile. Le manque de temps est évoqué pour les médecins à la fois hospitaliers et libéraux.

*Médecin 3 « Quand on appelle un confrère à l'hôpital, lui est peut être en consultation, en visite, on le **dérange** forcément, du coup il faut faire très vite, on ne peut pas parler des heures et des heures donc en fin de compte, il n'y a pas le temps de la réflexion. »*

*Médecin 4 « On ne peut pas demander au médecin qu'il nous **contacte**. Mon numéro, ils l'ont ils peuvent m'appeler si besoin et moi si j'ai besoin je les appellerai. »*

*Médecin 7 « Non, le téléphone on n'a **pas le temps**, aussi bien nous que les autres médecins, on appelle toujours à des heures où l'autre n'est pas là donc ça pose des problèmes. »*

3.2.4.1.3. Internet : l'avenir ?

- La dématérialisation, Internet et le mail semblent être des solutions d'avenir pour une correspondance plus rapide, en temps réel. Avec bien sûr, une sécurisation des données.

*Médecin 2 « Il faudrait que les hospitaliers se mettent sur des **e-mails sécurisés**, type **apicrypt**. Il faudrait que ce soit un peu dématérialisé. »*

*Médecin 4 « Le réseau ville-hôpital, c'est un gros chantier et je ne sais pas si on y arrivera un jour, c'est déjà difficile au sein de l'hôpital parce qu'il y a le secret médical... Ce serait pas mal un **réseau**... A l'hôpital, les gens rentrent et on a tout l'historique, ici on n'a rien. »*

*Médecin 10 « Des rapports par **mail**. A la place du courrier. Souvent, on a un décalage, on voit le patient, on n'a pas reçu le courrier. Par mail, ça irait beaucoup plus vite. »*

- Le mail, plus rapide, serait un bon compromis entre le courrier trop long et le téléphone trop compliqué à mettre en place. Malgré certaines réticences, les médecins sont plutôt pour.

*Médecin 9 « Au moins, internet sera un lien entre le téléphone et le courrier... un **mail**... Ca peut être un très bon intermédiaire... »*

*Médecin 12 « Par **mail** c'est certainement la méthode la plus économique, la plus efficace et la plus **rapide**. Donc tout se fera rapidement sans passer par des intermédiaires, des secrétariats, des fax et tout le papier. C'est sûr que c'est l'avenir, par mail. A condition de donner les bons contacts évidemment (Sourire). »*

*Médecin 16 « Ca permet d'avoir les informations en **temps réel**. »*

3.2.4.2. Les solutions proposées concernant la communication

- Les médecins de ville regrettent le manque de communication avec l'hôpital et le manque de consultation du médecin traitant.

*Médecin 1 « Lorsqu'on hospitalise un patient, à la fin du bilan avant de prendre une décision, un petit coup de fil pour prendre **l'avis du médecin traitant**. »*

*Médecin 9 « Qu'on s'appelle, qu'on se parle, la communication par **téléphone**... Travailler et communiquer en **temps réel**... Une interactivité, c'est ce qui manque... **Un échange avant et après**... Avant pour connaître le patient et après un échange avec le médecin pour dire si on est d'accord sur la prise en charge. »*

*Médecin 20 « C'est dommage d'avoir toutes ces compétences avec un **problème de communication**, de traitement des données et de correspondance. Consulter le médecin traitant. »*

- Ils aimeraient avoir des interlocuteurs privilégiés disponibles rapidement, un contact téléphonique plus étroit avec les spécialistes.

*Médecin 6 « D'avoir un **contact plus étroit** avec les spécialistes sans parfois être inondé de courrier. De pouvoir avoir, des spécialistes beaucoup plus joignables, disponibles, par téléphone. »*

*Médecin 12 « Avoir des **contacts directs** plus faciles. J'ai reçu une plaquette de l'hôpital, où il y a tous les numéros de tous les praticiens, de tous les services, avec même des numéros directs du bureau (insiste) du praticien, sans passer par la secrétaire. Mais il a fallu attendre beaucoup d'années (Rire). Ça c'est bien. »*

*Médecin 19 « Avoir un **interlocuteur un peu plus rapide**. »*

- Un médecin parle d'un numéro de recours rapide comme en infectiologie ou en hématologie qui permet d'avoir un conseil, de débrouiller des problèmes assez facilement sans avoir recours à une consultation ou une hospitalisation.

*Médecin 12 « Un **courrier avec un numéro** d'accès pour conseil urgent ; en hématologie, j'ai évité une consultation et une hospitalisation (Sourire.) Avec un simple **conseil**, c'est quand même énorme pour le confort du patient et sur le plan économique. Un petit contact parfois, ça fait beaucoup de choses... »*

*Médecin 17 « Une **ligne** téléphonique dévolue au médecin traitant ou une **messagerie**. »*

- Le plus important pour le médecin serait d'avoir les informations en temps utile.

*Médecin 2 « Il suffit que j'ai les informations en **temps utile** et après c'est à moi de les adapter, de les expliquer. »*

*Médecin 8 « L'idéal ce serait d'avoir les comptes rendus dans l'heure. Par **téléphone**, par **mail**, par **fax**. Je lis de suite. L'idéal c'est le mail, ou le **SMS**, pour une nouvelle urgente. »*

*Médecin 17 « Il y a un **différé trop important** sauf en gériatrie où on a une lettre à la sortie du patient. C'est le seul service au monde, où on reçoit des résultats assez intéressants, assez rapides et assez bien faits. »*

- Un médecin propose que les comptes rendus soient tapés directement.

*Médecin 13 « Est ce qu'ils dictent le courrier **tout de suite** en présence du patient ? »*

*Médecin 14 « D'avoir un **courrier** peut être un petit plus rapide, pas au bout de 3 semaines. »*

- Plusieurs médecins proposent de recevoir une synthèse rapide dans la journée puis un compte-rendu plus complet par la suite.

*Médecin 15 « Le **résumé assez rapidement** et ensuite le **compte-rendu complet**. Une lettre rapide par fax, au moins on n'a pas l'air idiot quand le patient arrive (sourire). »*

Médecin 17 « Il faudrait **doubler le courrier** en ville, fax, mail, SMS ou téléphone le jour même. Puis le compte-rendu par courrier devrait être dicté et expédié le jour même et reçu 3 jours après. »

Médecin 18 « Il y a des services, où ils envoient des **comptes rendus provisoires et ensuite le définitif**. »

- Un médecin aimerait des rendez-vous plus rapides pour les patients.

Médecin 8 « **Gagner en rapidité** de consultation. Pour le patient. Pour nous ce n'est pas long... C'est pour la **psychologie** du patient, mais on sait pertinemment que ça ne va rien changer à une semaine près. »

Médecin 13 « Peut être la **rapidité des RDV**. »

- Un médecin propose que les médecins libéraux aillent prendre en charge leurs malades à l'hôpital. Il aimerait aller suivre ses patients qui sont hospitalisés, participer à la prise de décision à l'hôpital, avoir un accès physique à l'hôpital.

Médecin 11 « Moi je pense qu'il faudrait mettre les **médecins libéraux à l'hôpital** (Malicieux). A mi-temps à l'hôpital et à mi-temps en libéral. Il faudrait pouvoir avoir un **accès à l'hôpital**. Je pense que ce serait très utile pour les patients et pour les médecins hospitaliers. Aller là-bas et être rémunérés comme si on était au cabinet. On peut quand même faciliter beaucoup la situation. Quand on va à l'hôpital pour voir nos patients ils sont très contents. « Je suis sauvé ! » »

- Quelques médecins évoquent le dossier médical informatisé pour le partage d'informations.

Médecin 11 « Si on pouvait avoir **accès au dossier médical informatisé** du patient de l'hôpital. »

Médecin 16 « Le **dossier médical informatisé**. Si on avait une liaison via internet du dossier médical, moi je suis pour. »

- Certains médecins se plaignent de ne plus revoir leurs patients. Ils aimeraient que les médecins hospitaliers demandent à leurs patients de se rapprocher de leur médecin généraliste pour le suivi.

*Médecin 17 « Je ne l'ai **plus jamais revue**. Quand j'ai su qu'elle était hospitalisée, il s'est passé tellement de temps que je ne pouvais pas décrocher le téléphone et dire « Coucou, alors vous avez un cancer ? ». C'était 3 mois après, donc ça tombait à côté de la plaque, c'est comme si on présente les vœux au mois de mars. (Sourire). »*

*Médecin 17 « Donc pour améliorer le contact, ce serait bien de dire au patient « Vous avez le traitement, qui va partir sur un an, c'est une **aventure**, vous avez un médecin, allez le voir tous les 2 mois au tous les mois pour qu'il vous fasse juste un état des lieux pour voir si vous supportez le traitement moralement, physiquement, psychologiquement. »*

- Les médecins aimeraient être conviés aux RCP tout en étant rémunérés.

*Médecin 20 « Inclure les médecins dans les RCP. Créer un **acte dédié**. Un médecin généraliste n'ira pas sur la base du bénévolat alors que ça nous intéresse. »*

3.2.4.3. L'information du médecin traitant

- La plupart des médecins ne connaissent pas l'efficacité des chimiothérapies.

*Médecin 12 « J'avais l'impression que la chimiothérapie avait peu d'intérêt, je vois qu'il y a eu des **progrès**, même dans le poumon qui était pourtant une forme déjà très avancée. »*

*Médecin 15 « J'ai une **méconnaissance** totale sur les protocoles. Je pense qu'on guérit beaucoup plus les patients... Je pense que l'évolution pharmacologique a permis une prise en charge encore plus spécifique en onco-gériatrie. »*

- Un médecin propose que l'oncologue liste les effets secondaires des chimiothérapies afin d'aider le médecin généraliste dans sa prise en charge de ville.

*Médecin 1 « On a des problèmes surtout en chimiothérapie. Il y a des oncologues qui, systématiquement, nous envoient le nom des médicaments, avec tous les **effets secondaires** et le suivi de ces médicaments. En général, s'il y a un problème, on est en première ligne, ça nous permet d'avoir un document sur les effets secondaires de ces médicaments. C'est très positif. »*

- Un médecin généraliste attend des informations sur les nouvelles thérapeutiques.

*Médecin 15 « L'**information** par rapport aux nouveaux produits qui peuvent être hors AMM. Même si on essaie de trouver le temps pour se former, ce n'est pas toujours évident dans un cabinet de médecine libérale. »*

- Pratiquement tous les médecins sont intéressés par une formation.

*Médecin 12 « Une formation ? Oui, c'est une **bonne idée**. »*

- Certains médecins aimeraient des informations écrites, des articles, devant le manque de temps pour participer à des formations.

*Médecin 3 « Moi ma formation, c'est par la **lecture** surtout. Le problème, c'est les horaires. Les formations c'est bien en théorie mais en pratique quand on travaille beaucoup, ce n'est pas possible. Toujours écrit. Besoin d'écrire et de lire. »*

*Médecin 6 « Des plaquettes, des courriers. Pour moi, de l'**écrit**... J'ai tellement l'habitude de travailler avec du papier. »*

- D'autres proposent des informations par mail.

*Médecin 5 « Eventuellement s'il y a des choses nouvelles générales puisqu'apparemment, c'est devenu une spécialité, sur les prises de décisions, avoir ça par **mail** ou sous la forme d'une petite **lettre**, indications, contre indications, plus spécifique à l'onco-gériatrie. »*

*Médecin 6 « Les **mails** c'est l'avenir je pense, après il faut bien savoir le gérer. Mais le mail peut être plus rapide que le courrier, c'est l'intérêt du mail. »*

*Médecin 9 « Par **téléphone** ou par **mail**... Sous forme de formation, sur une journée. »*

- Enfin certains aimeraient des formations médicales continues.

*Médecin 13 « Moi j'aimerais qu'on ait des **formations**, mais bon je ne peux pas en avoir 50, des FMC, en soirées de toute façon nous, on n'a pas le choix, ou alors un week-end mais je ne sais pas s'il y a beaucoup d'amateurs (sourire), moi pourquoi pas. »*

*Médecin 20 « Une intervention par un onco-gériatre lors des **FMC**. »*

- Certains médecins aimeraient une réunion afin de connaître cette spécialité.

*Médecin 4 « Peut-être qu'il faudrait qu'ils organisent une **réunion** avec des invitations pour nous décrire leur rôle et ce qu'ils attendent de nous... »*

- Un médecin propose une formation annuelle synthétique lors d'un congrès.

*Médecin 15 « Ça peut être **intéressant**, de faire un point **annuel**, condensé, **synthétique**, les choses importantes. Une journée de formation ou une soirée. L'approche du patient, la spécificité des patients âgés. »*

4 DISCUSSION

4.1. Validité interne de l'étude

4.1.1. Méthodologie

4.1.1.1. L'intérêt

La pertinence de cette étude est basée sur son originalité. Elle est la première étude qualitative sur le sujet. Elle vise à connaître l'opinion des médecins généralistes des Alpes-Maritimes sur l'intérêt de l'évaluation onco-gériatrique, les attentes, les bénéfices, les difficultés rencontrées et les propositions d'amélioration.

Si plusieurs études quantitatives ont été réalisées sur le sujet, elles ont montré la méconnaissance des médecins généralistes pour cette discipline mais une volonté de se former (34) (35). Ils sont nombreux à penser pouvoir améliorer la prise en charge de leurs patients grâce à cette évaluation mais le taux d'absence de réponse de 50 % montre malgré tout des réticences indiquant que la méthode quantitative utilisée n'a pas permis de connaître et d'approfondir les opinions des médecins généralistes (18).

La méthodologie qualitative utilisée a permis des réponses plus approfondies, dans le but de savoir vraiment ce que pensent et ressentent les médecins généralistes, en utilisant des questions ouvertes.

La validité de l'étude est assurée par le chapitre Matériel et Méthode décrivant précisément le travail effectué. D'après le Centre Cochrane Français, la validité interne d'une étude peut se vérifier par quatre questions auxquelles nous apportons un complément de réponses dans la suite de la discussion :

- La question clinique est-elle clairement formulée ?
- Le contexte et les participants sont-ils sélectionnés de manière appropriée pour répondre à la question ? Comment ont-ils été sélectionnés ?
- Les méthodes de recueil de données ont-elles été décrites de façon suffisamment détaillée ? Quelles sont-elles ?
- Les méthodes d'analyse des données sont-elles appropriées ? Quelles sont-elles ?

La méthode de l'entretien a permis de « faire construire un discours. L'entretien s'impose chaque fois que l'on ignore le monde de référence ou que l'on ne veut pas décider a priori du système de cohérence interne des informations recherchées. Alors que la construction d'un questionnaire exige un choix préalable des facteurs discriminants, l'entretien n'exige pas de classement a priori des éléments déterminants. »

Dans l'entretien, la hiérarchisation des éléments et le nombre de répondants visés ne peuvent être définis.

D'autre part, l'enquête par entretien « ne peut prendre en charge les questions causales, les « pourquoi », mais fait apparaître les processus et les « comment ». L'enquête par questionnaire discrimine, l'enquête par entretien différencie a posteriori. » (38)

4.1.1.2. Les biais liés au recueil de données

4.1.1.2.1. Biais de sélection de l'échantillon

L'échantillon a été sélectionné de la façon suivante : médecin généraliste ayant eu au moins un patient ayant bénéficié d'une consultation d'onco-gériatrie au cours des trois derniers mois. Cette sélection a été réalisée car l'onco-gériatrie étant une spécialité nouvelle, il nous a paru plus judicieux d'interroger des médecins ayant déjà eu au moins une expérience. En effet les médecins généralistes avouent pour la plupart ne pas connaître cette spécialité et même chez les médecins traitants ayant reçu des comptes rendus d'onco-gériatrie, plus de la moitié ne s'en souviennent pas (18).

4.1.1.2.2. Biais lié à l'enquêteur : biais d'intervention

Lors de l'entretien semi-dirigé, je me suis efforcée de poser des questions ouvertes et neutres. Cependant, la communication non verbale et les interactions avec les médecins interrogés ont pu influencer les réponses apportées. Pour pallier à cela, une attitude neutre, claire et flexible, sans attitude de jugement, a été adoptée autant que faire se peut. De plus, j'ai utilisé plusieurs techniques telles que la pause active de 5 secondes après commentaire, faire reformuler, approfondir ou préciser afin de comprendre et de faire développer au mieux les idées des médecins.

4.1.1.2.3. Biais liés à la méthode d'analyse et d'interprétation

La validité d'une étude qualitative repose sur la notion que les données recueillies doivent être représentatives de la réalité et reproductibles. La triangulation des sources ou des méthodes est un procédé qui permet d'augmenter la validité interne et donc d'améliorer la valeur d'une étude qualitative. Ce procédé consiste par exemple à comparer les résultats obtenus à partir d'au moins deux techniques de recueil de données (entretiens et observations) ou au moins deux sources de données (médecins traitants et patients). Le recours à ce type de triangulation n'a pas été possible devant des difficultés organisationnelles.

Une autre technique de triangulation aurait consisté à employer des intervenants différents et indépendants à chaque phase du travail : réalisation des entretiens, retranscription des données, analyses et interprétation des données. Cependant cela n'a pas été possible par manque de moyens humains. L'analyse des résultats peut avoir été orientée par nos propres représentations et hypothèses préalables, pouvant induire un biais d'analyse.

En ayant effectué à la fois l'analyse et l'interprétation des résultats, le biais d'interprétation ne peut être écarté, même en essayant de demeurer impartial.

Le guide d'entretien a été réalisé par rapport à la littérature existante sur le sujet. Il a pu être orienté par les résultats attendus. Cependant, je me suis efforcée de poser des questions ouvertes et d'avoir une attitude la plus neutre possible afin d'avoir le maximum d'idées et de rester accessible et bienveillante notamment à des idées nouvelles que je n'attendais pas.

Les entretiens ont été réalisés au cabinet de médecine générale des médecins interrogés pour une plus grande facilité organisationnelle pour eux mais un endroit neutre aurait pu être plus approprié afin de faire sortir le médecin de son environnement naturel.

Le taux de participation a été d'environ 50 % ce qui est plutôt exceptionnel dans ce type d'étude. Cela est probablement dû à la technique de recrutement qui consistait à parler directement aux médecins par téléphone. Ils ont montré de l'intérêt pour le sujet et une volonté d'aider les étudiants. Leurs motivations sont consignées dans le tableau en annexe.

Dans ce travail, nous avons effectué une analyse à la fois verticale et horizontale.

L'analyse thématique a permis d'identifier au sein d'un entretien les différents thèmes qui sont abordés. Une fois ce premier travail effectué, une séquence thématique a été comparée avec d'autres séquences portant sur le même thème, récoltées dans d'autres entretiens.

Dès lors que l'on fait une analyse thématique, on établit une grille qui comportera les thèmes et sous-thèmes qui sont analysés (38).

4.1.2. Échantillon

La majorité des médecins interrogés étaient des hommes, dont l'âge médian était de 55,5 ans et la moyenne d'âge de 51,6 ans. Ceci est en lien avec un vieillissement des médecins installés, un peu plus âgés que la médiane nationale. D'après l'Insee, l'âge médian des médecins libéraux est passé de 40 à 52 ans.

Peu de femmes ont été interrogées dans cette étude ce qui ne correspond pas à la démographie médicale actuelle. D'après l'Insee, la démographie médicale féminine correspond à 41 %. Ceci s'explique sûrement par l'âge plus avancé des médecins interrogés qui sont des hommes en majorité. En effet, la féminisation de la profession est en cours et plus de jeunes médecins sont des femmes.

La majorité des médecins interrogés exerçaient en milieu urbain. Ceci peut s'expliquer par le fait du recrutement des médecins dont au moins un patient avait été vu en consultation d'onco-gériatrie au CHU de Nice. Les patients habitant en milieu rural ayant un accès aux soins moins facile, pourtant une des prérogatives du troisième plan cancer (17).

La plupart des médecins interrogés étaient installés seuls et depuis plus de 20 ans, ce qui peut s'expliquer par l'âge plus avancé des médecins interrogés.

Beaucoup de médecins hommes en fin de carrière ont été interrogés, expliquant qu'ils ne connaissaient pas forcément l'onco-gériatrie enseignée à la faculté (capacité, DU).

En ce qui concerne l'échantillonnage, « dans l'enquête par entretien, on bâtit le plus souvent un échantillon diversifié, qui repose sur la sélection de composantes non strictement représentatives, mais caractéristiques de la population ». Autrement dit, on peut soit échantillonner en fonction de variables que l'on a fixées, si le cadre de référence est suffisamment connu soit lorsque l'univers de référence est ignoré, on choisit un échantillon diversifié en fonction de variables descriptives générales.

Cependant, il faut retenir que dans une étude qualitative, la représentativité est dépendante des idées recueillies lors des entretiens et non de l'échantillon (38).

Aucune étude qualitative n'a été réalisée sur le sujet. Elle ouvre donc des perspectives qui jusque là étaient inconnues.

4.2. Principaux résultats et validité externe

4.2.1. La nécessité d'une standardisation

Le verbe « Standardiser » est défini par le Larousse comme « ramener à un petit nombre de modèles aux caractéristiques définies ; mettre sur le même modèle des êtres, des choses ».

La force de l'onco-gériatrie est plus importante que la conviction du médecin traitant car les échelles sont standardisées.

L'onco-gériatrie se définit comme une approche globale, à la fois multidimensionnelle et multidisciplinaire (39). Elle recherche les moyens éthiquement les plus appropriés de prise en charge du sujet âgé atteint d'un cancer aux différentes étapes de sa maladie (18).

Plusieurs études ont montré que la recherche de facteurs de fragilité permettait des thérapies avec de meilleurs résultats, des toxicités et une mortalité moindres (40) (41).

Au premier abord, les échelles permettent une standardisation de la prise en charge qui semble bénéfique pour une prise en charge spécifique, « haute couture » du patient. Ces critères objectifs et validés pour la prise de décision permettent dans un concept de bienfait et d'équité, une décision raisonnée, objective et éthique.

Les médecins généralistes insistent sur une prise en charge de qualité, adaptée au patient en privilégiant confort et qualité de vie, devant la singularité de chaque patient. La balance bénéfice-risque est mise en exergue. La consultation d'onco-gériatrie semble un bon moyen d'obtenir un bilan précis de leur malade et des thérapies adaptées.

La standardisation obtenue grâce à l'évaluation onco-gériatrique permet une meilleure prise en charge des patients comme le soulignent plusieurs études depuis l'apparition de cette discipline (18) (40) (41).

La récente étude réalisée par l'UCOG PACA Est, sur 576 patients, montre que, dans 20% des cas a été observée une modification de la prise en charge oncologique grâce à l'évaluation onco-gériatrique (42).

Mais si la standardisation permet une prise en charge de qualité et individualisée, n'est-elle réellement que bénéfique pour le patient ?

4.2.2. La contradiction entre l'intérêt pour le patient et le spécialiste et le manque d'utilité pour le médecin généraliste

Le médecin traitant connaît mieux le patient et n'a pas d'attente concernant cette évaluation onco-gériatrique. Il connaît son patient de manière moins formelle, sans échelle et sans test. Mais il note une meilleure prise en charge et un meilleur suivi pour son patient grâce à cette consultation (18) (40) (41).

La consultation d'onco-gériatrie a un intérêt pour le patient et le spécialiste. Cependant pour le médecin généraliste, elle manque d'utilité car elle ne lui est pas dédiée.

Les médecins généralistes regrettent l'absence de formation et de campagne d'information mais l'onco-gériatrie s'adresse aux spécialistes et en particulier aux oncologues. Elle se veut une aide à la prise de décision à la demande d'un médecin spécialiste. Elle répond aux questions de l'oncologue ou du chirurgien dans le choix thérapeutique. Le médecin traitant ne peut adresser son patient en pratique. C'est une aide à la coordination dans le parcours de soin du patient.

Si les médecins généralistes notent l'intérêt pour l'oncologue, ils louent la réception d'un courrier concernant leur patient alors qu'ils ne l'ont pas adressé eux-mêmes ; le bilan leur est transmis pour un projet de soin global.

La plupart des médecins n'ont pas d'expérience de l'évaluation onco-gériatrique. Cette évaluation est récente, elle a été développée depuis deux ans à Nice. On peut comprendre aisément que peu de médecins généralistes en aient eu connaissance. L'onco-gériatrie tend à s'étendre avec de nouvelles unités créées et un nombre croissant de consultations. En deux ans, 1000 consultations ont été réalisées et 755 évaluations onco-gériatriques. La progression a été de plus de 56 % entre la première et la deuxième année. Un rapprochement auprès des médecins traitants est nécessaire afin de coordonner au mieux la prise en charge au domicile.

L'évaluation onco-gériatrique quant à elle, existe depuis 10 ans mais n'était pas formalisée de la même manière. Dans les réponses des médecins traitants, il existe une confusion, un amalgame entre la prise en charge onco-gériatrique et les autres spécialités de cancérologie.

4.2.3. La prise de décision, le rôle et l'avis des protagonistes

La décision médicale résulte d'une communication entre :

- un expert, un spécialiste indispensable pour ses compétences mais qui connaît moins le malade,
- un patient et son entourage directement concernés par la décision médicale et enfin,
- un médecin généraliste et un onco-gériatre qui recherchent la prise en charge la plus adaptée possible en connaissant le malade.

On retrouve donc un paradoxe entre le médecin traitant et l'onco-gériatre qui informent l'oncologue. Cependant ce dernier devrait également interagir avec le médecin traitant et le patient pour demander leur avis.

La difficulté de la décision partagée est réelle car le médecin traitant ne peut se rendre à la RCP qui est le lieu de discussion et de décision.

Plusieurs propositions ont été formulées, notamment de « créer un acte dédié », d'avoir la possibilité réelle pour le médecin libéral d'être à l'hôpital car les médecins généralistes sont intéressés par cette prise en charge. Le problème financier demeure car un médecin libéral à l'hôpital n'est pas rémunéré.

Les difficultés rencontrées par le médecin généraliste sont liées à son mode d'exercice : le manque de temps et l'isolement. Il rencontre également des problèmes liés au patient de type éthique, psychologique et familial.

Pour chaque évaluation, les choix du patient et de la famille, lorsqu'elle est présente, sont pris en compte. Mais l'avis du patient est-il réellement écouté ?

Obtenir l'avis du médecin traitant est difficile devant la prise en charge rapide nécessitée par l'oncologie. L'avis du médecin traitant semble primordial, mais sa présence en RCP peut être compromise faute de temps et de disponibilité.

Les médecins s'interrogent sur les critères de décision thérapeutique. Ils aimeraient savoir quelles sont les pathologies qui indiquent ou contre-indiquent les thérapeutiques. Le gériatre donne un avis à l'aide d'outils validés et du score de Balducci (22) (23).

L'évaluation onco-gériatrique émet une proposition mais la décision finale est prise collégalement lors de la RCP.

Certains médecins traitants ont avoué ne pas vouloir assumer seuls la responsabilité de la décision thérapeutique ; ils souhaitent une discussion avec l'oncologue.

La concordance entre les thérapeutiques proposées en RCP et celles suggérées après l'EGA est globalement bonne mais le choix du spécialiste reste néanmoins primordial (43). In fine, c'est le spécialiste prescripteur qui prendra la décision.

Cette étude a permis de montrer l'intérêt de cette évaluation onco-gériatrique dans la prise en charge du patient âgé cancéreux. Notamment devant la création de grands centres, jugés « impersonnels » où l'avis du médecin traitant semble difficile à obtenir, qui plus est, dans des délais rapides. La prise en charge collégiale pendant la RCP permet de se substituer à l'avis du médecin traitant.

4.2.4. Les propositions d'amélioration

Plusieurs propositions ont été formulées pour obtenir l'avis du médecin traitant. Le contact téléphonique, bien que fort apprécié des médecins généralistes qui aiment s'entretenir directement avec les spécialistes, semble compliqué à mettre en œuvre au quotidien. La discussion téléphonique paraît péniblement réalisable en pratique devant la difficulté de trouver le bon moment de disponibilité entre 2 médecins.

Le médecin de l'UCOG de Nice a appelé systématiquement les médecins traitants afin de discuter des patients vus en consultation d'onco-gériatrie. Mais deux limites ont été observées : le manque de disponibilité conjointe entre les deux médecins, le soir après les consultations pour l'onco-gériatre alors que le médecin généraliste n'a pas terminé ses consultations, et l'absence de volonté de certains médecins traitants de prendre la décision thérapeutique qu'ils jugent du rôle de l'oncologue.

La consultation d'onco-gériatrie dure entre une heure et une heure et quart, une consultation longue non réalisable en ville. Les médecins traitants connaissent bien leurs patients, mais de manière moins formelle, ils déplorent le manque de temps pour réaliser ce type d'évaluation.

La complexité des échelles dans le compte-rendu est regrettée par un certain nombre de médecins généralistes, qui ne les connaissent pas. Elles ont été décidées afin de réaliser un compte-rendu de consultation synthétique et pouvant être envoyé rapidement par courrier. Les échelles permettent une bonne objectivité.

Les médecins traitants confondent les comptes rendus d'onco-gériatrie avec ceux des autres spécialistes. En onco-gériatrie à Nice, ils sont écrits le jour même de la consultation et sont envoyés le lendemain, le délai est plus rapide que pour bon nombre de correspondances.

L'âge limite de prise en charge onco-gériatrique est de 70 ans et non 65 ans. Cette limite d'âge décidée de façon arbitraire est le reflet de l'âge limite d'inclusion dans les essais thérapeutiques (44).

Concernant la formation, les médecins généralistes auraient aimé que l'onco-gériatrie se fasse connaître mais cette consultation n'est pratiquée que sur proposition des oncologues d'où une information délivrée en premier lieu à ces derniers.

Depuis quelques années, une formation en onco-gériatrie se dessine. A Nice, il existe depuis deux ans un diplôme universitaire (DU) d'onco-gériatrie thérapeutique. Un diplôme inter-universitaire (DIU) est dispensé à Paris et dans d'autres grandes villes. Il est également ouvert aux médecins généralistes.

Concernant le traitement du cancer chez les patients âgés, des progrès et des avancées médicales considérables sont observés par les médecins généralistes. Les médecins installés depuis longtemps parlent de leurs expériences du traitement du cancer. Avant il s'agissait d'un acte technique sans prise en charge globale de leur malade. Ils ont vu l'évolution des thérapeutiques et y sont favorables.

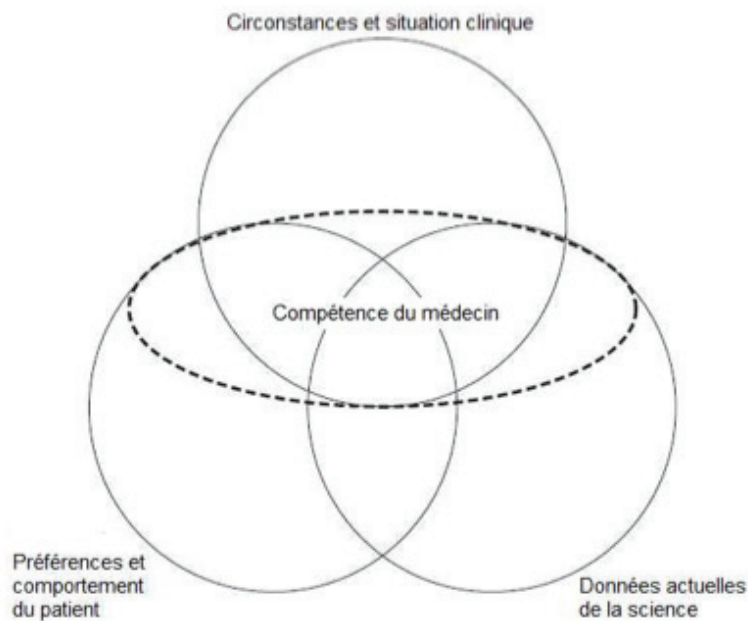
Comme préconisé par un médecin, le « partage du malade » semble nécessaire pour une bonne prise en charge. Cela passe par une meilleure communication entre la ville et l'hôpital.

Les médecins généralistes regrettent ce manque de communication avec l'hôpital et pointent du doigt le fossé entre ces deux mondes : la médecine libérale et hospitalière. Les contraintes rencontrées telles que le manque de temps et l'isolement ne leur permettent pas d'interagir avec les acteurs de santé hospitaliers. Ils proposent des modes de communications plus rapides et plus novateurs tels que le mail, même si le courrier manuscrit reste indispensable pour eux. Recueillir l'avis de différents protagonistes : le patient avant tout, son entourage, le médecin de famille et l'équipe hospitalière permettrait une meilleure prise en charge au service du patient.

4.3. La place de l'humain dans la standardisation

Avec l'essor de la recherche clinique est né le concept d'« Evidence Based Medicine » EBM, méthode prétendant être un standard de la pratique du soin. Des épidémiologistes au début des années 1990, à l'université McMaster dans l'Ontario ont défini comme « une façon, rigoureuse, consciencieuse et judicieuse d'utiliser les preuves les plus récentes et de plus haut niveau pour les décisions concernant le soin d'un individu ». Elle établit des niveaux de preuve selon la méthodologie des travaux. L'EBM conçue comme outil pédagogique pour aider le médecin à mieux utiliser les connaissances scientifiques disponibles, est devenue un outil de standardisation des pratiques de soin et a entraîné la déshumanisation de la relation soignant-soigné. Au départ, une aide pour les praticiens au tri et à l'utilisation des connaissances scientifiques, elle s'est éloignée de son objectif premier pédagogique pour devenir une médecine protocolaire dans le but de rationaliser les pratiques médicales.

Figure 7 : Représentation de l'EBM selon Haynes



Mais l'incertitude du soignant devant le patient est réelle : l'approche scientifique ne donne que des réponses rationnelles et ne permet pas la prise en charge de l'individu en tant que tel. L'application des données scientifiques dépend de l'humain et de son environnement.

Deux mondes s'opposent : le monde scientifique fait de probabilité ; et celui de l'individu empreint de singularité. De l'incertitude scientifique est né ce besoin de standardiser les pratiques et de soulager l'angoisse du soignant entraînant un manque de regard critique sur les travaux scientifiques, l'asservissement aux recommandations et l'éviction de la dimension humaine du soin. Mais discuter et tenir compte des biais, c'est reconnaître la place de l'homme dans la démarche empirique. Réduire le malade au nom standardisé de sa maladie est un échec, le malade serait vidé de son humanité. L'évolution des connaissances scientifiques pour améliorer les soins aux malades a entraîné une déshumanisation, l'éviction de l'humain permettant de rendre le soin plus infaillible.

Comme dans le concept du Risk Management dans l'industrie, on retrouve une normalisation du soin et une dévalorisation de la part d'humain chez le soignant.

La standardisation du soin par l'EBM permet d'éloigner l'Homme de la décision. Les protocoles, les recommandations, les conférences de consensus et les guides de bonnes pratiques entraînent une activité normée avec une autonomie réduite. La montée du pouvoir

des experts et la prise en charge collégiale se substituent au jugement clinique individuel et la capacité de décision du clinicien se trouve menacée.

Ainsi comme dans le New Public Management, on a standardisé la pratique du soin pour mieux contrôler les coûts et les risques et en faire une entreprise économique rentable : sécurité, coût, « qualité », en évinçant le facteur humain.

Finalement, comme évoqué par certains médecins dans les entretiens, la standardisation des malades entraîne une dimension réductrice de l'individu, normée, avec des échelles et des grilles, mais qui semble permettre d'éviter les erreurs humaines.

De deux individus cherchant ensemble la solution médicale la plus adaptée à la singularité d'une situation, à un soignant qui applique des protocoles et réduit le malade à des paramètres cliniques et paracliniques standardisés, les écueils sont nombreux.

Pourtant, gérer l'incertitude fait partie des prérogatives des médecins, notamment des médecins de premier recours qui agissent à un stade précoce dans la prise en charge du malade. Cependant, l'incertitude en médecine peine à être reconnue.

La Médecine reste un équilibre entre Arts et Sciences. Et si la confiance dans la science et la recherche clinique existe, elle doit aussi perdurer dans l'Homme malgré l'incertitude qui persiste (45). L'évaluation onco-gériatrique met en pratique la standardisation et la prise en compte de l'individu.

4.4. Suggestions et perspectives

4.4.1. Les pistes d'amélioration

Concernant la correspondance, une proposition serait d'envoyer par mail ou par fax le compte-rendu de consultation le jour même, puis le courrier manuscrit le lendemain. Un système sécurisé type Apicrypt semble indispensable.

L'obtention de l'adresse e-mail des médecins traitants peut s'avérer longue, fastidieuse et tous n'en ont pas. Une proposition de rajouter l'adresse mail dans les pages jaunes pourrait être intéressante.

Comme souligné dans le troisième plan cancer, la formation du médecin cancérologue dans le DES comprendra des compétences transversales telles que la communication avec le malade et son entourage mais aussi avec les autres professionnels de santé, y compris le médecin généraliste. Elle devra inclure une formation en gériatrie théorique et pratique.

Un accompagnement du patient et de ses proches grâce aux programmes personnalisés de soins (PPS) et programmes personnalisés de l'après cancer (PPAC) s'appuyant sur une organisation coordonnée et multidisciplinaire prenant en considération l'ensemble des besoins au plan physique, psychique et social est préconisé. Les PPS et PPAC permettront le relais entre ville et hôpital.

La rapidité de rendez-vous en cancérologie avec l'appui du médecin généraliste, fait partie d'une des missions du plan cancer. L'organisation de la prise en charge en cancérologie avec un numéro de téléphone dédié au médecin traitant sera mise en place.

L'accent est mis sur la prise en charge ambulatoire : améliorer la qualité de vie par l'accès aux soins de support, faciliter les aides à domicile et mieux prendre en compte les besoins des aidants familiaux ou des proches.

Chaque malade pourra prétendre à une proposition thérapeutique s'appuyant sur l'avis d'une RCP dans le but d'élargir les compétences et d'obtenir une prise en charge spécifique pertinente. Déterminer les conditions pratiques de mise en place, d'implantation et de fonctionnement de ces RCP : délai de réponse, compensation financière et garantie de l'accessibilité au patient sont énoncés dans le plan cancer.

Dans le troisième plan cancer, la prise en charge des personnes âgées fragiles est une priorité, il est impératif de répondre à leurs besoins spécifiques complexes devant l'incidence du cancer dans cette tranche d'âge.

Le déploiement d'UCOG assure un rôle de diffusion des bonnes pratiques dans une perspective d'homogénéisation régionale, un rôle dans la recherche clinique en onco-gériatrie et de formation des professionnels de santé.

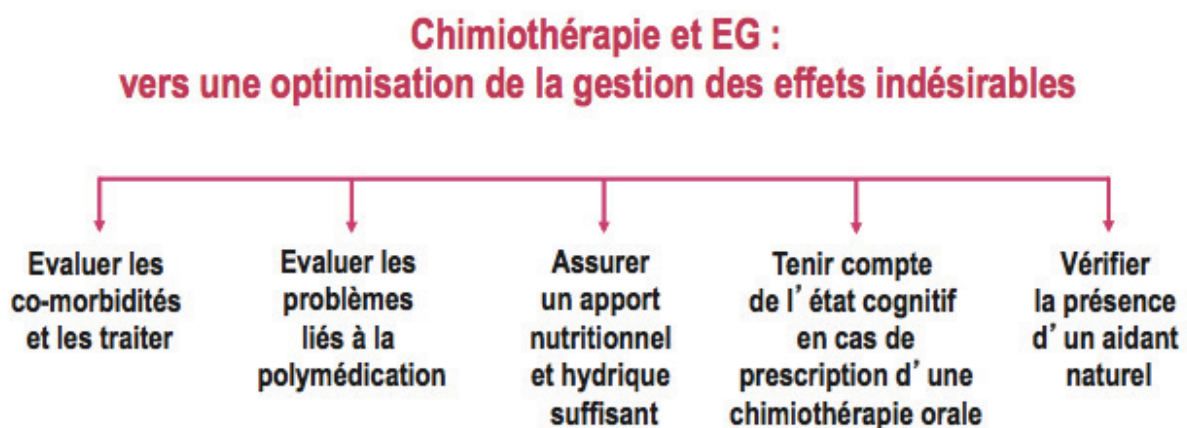
Dans le cadre de la prise en charge ambulatoire, une réflexion est prévue sur les conditions d'administration des traitements anti-cancéreux dans les EHPAD, SSR et soins longue durée.

Enfin, améliorer la coordination ville-hôpital et les échanges d'informations entre professionnels devant l'évolution de la prise en charge ambulatoire des cancers est une priorité. Les professionnels de premier recours et le médecin traitant en première ligne mais aussi infirmiers et pharmaciens dans le cadre de la délivrance de traitement à domicile. L'information en matière d'interactions médicamenteuses et d'effets indésirables des traitements semble indispensable.

L'utilisation des chimiothérapies requiert une réflexion éthique quant à la faisabilité sur le plan cognitif et la difficulté à gérer les effets secondaires. Mais si l'altération de l'état cognitif remet en cause la possibilité d'une chimiothérapie en ambulatoire, elle reste néanmoins possible en SSR.

Les médecins traitants déplorent le manque de clarté sur les prises de décisions. Un médecin propose de lister les effets secondaires des chimiothérapies. La prise en charge onco-gériatrique permet d'optimiser l'utilisation des chimiothérapies.

Figure 8 : Optimisation des effets indésirables des chimiothérapies



Les échanges d'informations sont nécessaires et doivent inclure les professionnels de premier recours afin d'obtenir leur implication dans la prise en charge. Inversement, le médecin doit pouvoir transmettre à l'hôpital des informations sur la connaissance de l'environnement psycho-social de son patient pour la surveillance à domicile.

Le passage de relai doit se faire grâce à différents moyens :

- Dossier Communicant de Cancérologie (DCC), conformément au cadre donné par l'INCa et le ministère des affaires sociales et de la santé (DSSIS) à l'horizon 2015, sous le pilotage des ARS,
- Déployer le Dossier Médical Personnalisé (DMP) et les messageries sécurisées en santé sur l'ensemble du territoire,
- Soutenir les expériences d'ouverture sécurisée des systèmes d'informations communicants permettant aux médecins traitants d'accéder aux dossiers médicaux hospitaliers et aux pharmaciens d'officine d'accéder aux données des pharmacies hospitalières.

Le but est de faire évoluer PPS et PPAC pour qu'ils prennent mieux en compte l'ensemble des besoins des patients et en faire des supports d'interface avec les professionnels de premier recours (carnet de suivi).

Le développement de la télémédecine et la téléconsultation pour la détection précoce des effets secondaires des chimiothérapies semblent être de bons outils pour l'avenir.

Enfin, est préconisée la mise à disposition des professionnels de premier recours, des outils de bonnes pratiques pour l'organisation des parcours de soins en ambulatoire : diffusion nationale de supports d'information pour les médecins traitants.

Concernant les outils de géronto-technologie, un réseau social médical semble être une perspective intéressante. A l'heure où « My hospi friends » est le premier réseau social de patients hospitalisés leur permettant de se réunir autour de loisirs communs pour réduire l'isolement induit par l'hôpital, un projet d'outils de coordination ville-hôpital est en cours d'élaboration. Le projet LICORNE (Liaison et Coordination par un Réseau Numérique de Santé au CHU du Nice) consiste en une plateforme de coordination sanitaire et médico-sociale pour assurer la continuité de la prise en charge des patients de l'hôpital au domicile. Les objectifs sont de réduire le nombre de ré-hospitalisations, améliorer les outils de suivi de

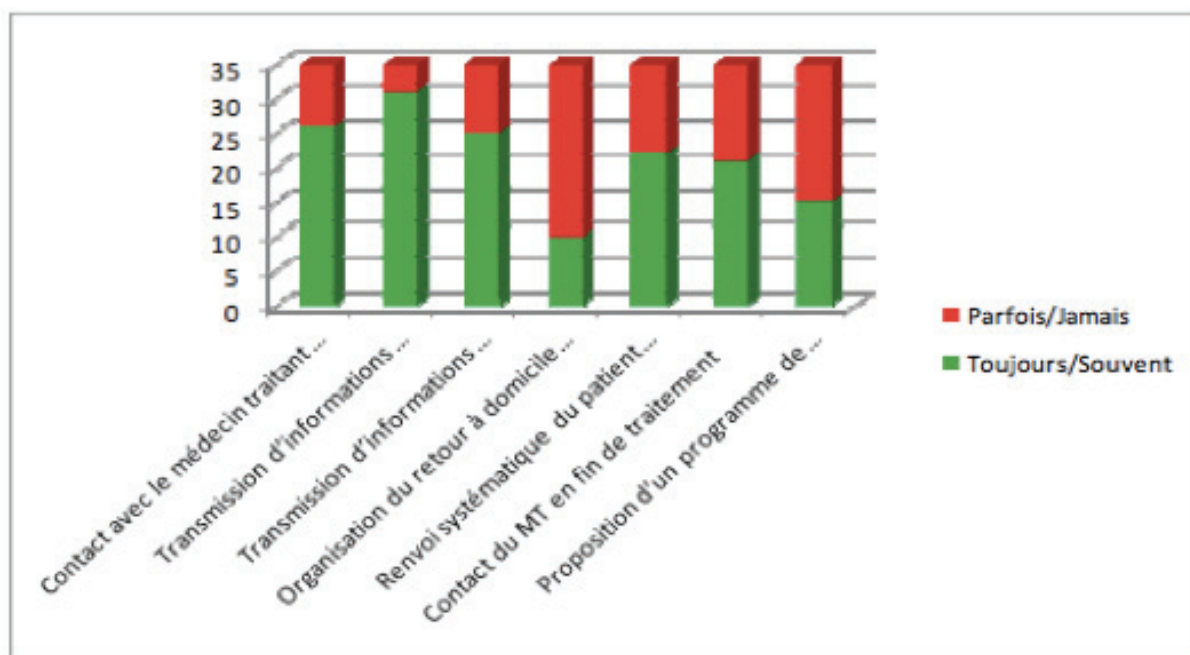
la prise en charge des patients dépendants, améliorer les conditions de vie du patient dépendant, diminuer les coûts de prise en charge et alimenter le DMP.

Elle permettrait une interface unique pour tous les intervenants, avec des données administratives (régime social, mutuelle, ALD, protection juridique, aides à domicile), biomédicales (antécédents, traitements, compte-rendu d'hospitalisation, protocoles de suivi) et psychosociales. Le réseau de soins du patient permettra d'avoir accès à la liste exhaustive de l'ensemble des intervenants du patient, du médecin hospitalier au médecin libéral, en passant par la personne de confiance et l'infirmière, le pharmacien et l'assistante sociale avec leurs noms et coordonnées. La qualité de coordinations des soins autour du patient entre les différents intervenants sera ensuite évaluée.

D'après les résultats des expérimentations du parcours personnalisé des patients avant et après leur cancer (INCa, mai 2012), seulement 44 % des patients de plus de 75 ans ont reçu un PPS, au lieu des 80 % préconisés par le Plan Cancer (21).

L'implication du médecin traitant dans le parcours personnalisé semble indispensable. Plusieurs actions ont été mises en place comme l'organisation de réunion d'information et de sensibilisation au parcours de soin, un contact entre l'oncologue et le médecin traitant pour informer ce dernier (par courrier le plus souvent, mais aussi par téléphone), des informations relatives à la prise en charge médicale (PPS, compte-rendu de RCP, fiches listant les effets secondaires des traitements). Les médecins traitants ont été conviés aux RCP mais leur déplacement était peu compatible avec leur emploi du temps et leur activité. Le renvoi régulier du patient à son médecin traitant permet de maintenir le lien.

Figure 9 : Actions mises en place sur les sites pilotes pour améliorer l'implication du médecin traitant dans le parcours personnalisé⁴



Malgré tout, plusieurs freins ont été rencontrés : la réticence de certains oncologues à confier la surveillance de leurs patients au médecin traitant et l'aspect chronophage des contacts téléphoniques avec les médecins traitants. Sont notés également le manque de temps et de disponibilité des médecins traitants et les difficultés à les joindre en l'absence d'outils de communication rapide type emails sécurisés. Enfin la réticence de certains patients à impliquer leur médecin traitant dans la prise en charge de leur maladie.

Plusieurs solutions sont évoquées : l'infirmier coordinateur contacte directement le médecin traitant, un retour de suivi par le médecin traitant transmis à l'oncologue, les démarches de surveillances médicales conjointes et la remise du PPAC au patient par le médecin traitant.

D'après les données 2010 de l'enquête VICAN 2012, plus de 40 % des malades estiment ne pas avoir été associés aux décisions concernant leurs traitements, c'est pourquoi une revalorisation de leur avis est primordiale.

Une des missions du plan cancer est de rendre accessible aux patients et à leurs proches une information adaptée et un programme d'éducation thérapeutique des patients.

⁴ <http://www.e-cancer.fr/en>

Les cancers constituent un enjeu à la fois médical, humain, social mais aussi économique ! Améliorer la qualité des soins, guérir et accompagner les patients sont une priorité.

4.4.2. La décision éthique

D'un point de vue éthique, plusieurs questions se posent.

« L'éthique clinique touche toutes les décisions, incertitudes, conflits de valeurs et dilemmes, auxquels les médecins et les équipes médicales sont confrontés au chevet du patient, en salle d'opération, en cabinet de consultation ou en clinique et même au domicile. » (46).

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé stipule le droit de tout patient à être informé sur son état de santé, l'accès à son dossier médical, le droit de prendre les décisions concernant sa maladie et enfin le droit d'être aidé, s'il le souhaite, ou en cas de troubles de la conscience par un représentant légal. Une personne de confiance peut être désignée.

La loi du 22 Avril 2005, dite Léonetti, a introduit en droit français les directives anticipées permettant à une personne consciente de donner des instructions sur la conduite à tenir dans le cas où elle serait dans l'impossibilité d'exprimer sa volonté. Elles permettent de garder un contrôle sur sa fin de vie.

Une information accessible, intelligible et loyale, d'après la circulaire du 2 mars 2006, doit être prodiguée au malade. Mais qui doit être associé à cette information ? Le patient, le tuteur, la personne de confiance, les amis...

Cependant, comme évoqué dans les entretiens, certains malades ne souhaitent pas savoir. Le médecin se doit donc d'évaluer « ce que le patient est capable d'entendre ». L'information doit se faire dans un processus diachronique selon l'évolution de la pathologie, des besoins et demandes du malade.

L'information du patient fragile au discernement altéré n'est pas chose aisée. Mais le respect de l'autonomie de décision doit être préservé. Le consentement éclairé est toujours recherché.

Dans un respect d'équité et de vérité, peuvent s'opposer les principes de bienfaisance, contribuer au bien être d'autrui et de non malfaisance, ne pas infliger un préjudice

intentionnellement « Primum non nocere ». « Faire du bien » n'équivaut pas forcément à « ne pas faire de mal ». La balance bénéfice-risque est mise en exergue.

D'après Rousseau, la morale du « bien faire » est innée et recherche à faire le « moindre mal », c'est à dire en ayant conscience de son incapacité à agir totalement en conformité avec le bien. L'Homme choisit de faire le bien plutôt que le mal, il s'identifie à autrui et répond à son instinct de conservation à vouloir tout faire pour l'empêcher de souffrir.

Dans la morale du respect de l'autonomie, de la liberté et de la dignité, « Chacun a le droit de faire ce qui est le mieux pour lui ». Une personne est dite autonome si elle est capable physiquement, psychologiquement, mentalement et qu'elle est libre des interférences qu'autrui pourrait avoir sur elle.

Mais la problématique chez le sujet âgé demeure : le consentement éclairé est-il possible ?

Le lien étroit entre liberté et sécurité pose également un questionnement sur les camisoles chimiques, l'enfermement et les contentions physiques. Tout comme le choix du lieu de vie et la fin de vie sont des questionnements éthiques.

Le refus de soin et de s'alimenter est-il un droit ? Ou s'agit-il de non assistance à personne en danger ? Comme avec l'âne de Buridan, la volonté peut retarder le choix pour déterminer plus complètement les résultats possibles de l'option.

La recherche clinique dans ce type de population est rare. Un nouveau programme GERICO a été mis en place.

Finalement, faire ce qui est le mieux pour la personne au moment présent, respecter ses choix et impliquer avec son accord, la famille, les proches et la personne de confiance semble être le plus adapté. La décision en équipe multidisciplinaire permet une décision éthique.

Accepter de « faire » : accompagner, en opposition avec « bien faire » : l'accomplissement d'un projet de soin et la résolution définitive d'un problème.

Analyser la situation globale, en respectant la singularité de chacun.

5 CONCLUSION

Cette thèse a permis de montrer, tout comme dans la littérature existante sur le sujet, l'intérêt porté par les médecins généralistes à l'évaluation onco-gériatrique pour les patients âgés cancéreux. Elle permet une prise en charge adaptée et collégiale. Cependant, ce travail qualitatif souligne que l'avis du médecin traitant n'est pas suffisamment recueilli par manque de communication entre la médecine libérale et hospitalière.

Le troisième Plan Cancer préconise d'amplifier la lutte contre le cancer dans une volonté de préparer notre pays aux extraordinaires progrès thérapeutiques de ces prochaines années et de permettre à tous de bénéficier de ces progrès. Un engagement coordonné de tous les acteurs de santé dans le souci de répondre aux besoins spécifiques des personnes âgées fragiles est une priorité. Si ce troisième Plan Cancer prône l'avènement de la médecine personnalisée, la RCP semble être un bon moyen de prise en charge collégiale pour le malade, à condition d'y intégrer la décision du malade et l'avis du médecin traitant.

Cependant, le rôle du médecin traitant défini en théorie nécessite d'être précisé et revalorisé en pratique.

L'enjeu majeur serait d'améliorer la coordination ville-hôpital et les échanges d'informations entre professionnels, avec le DCC, le déploiement du DMP, les messageries sécurisées et soutenir les expériences d'ouverture sécurisée des systèmes d'information communiquant permettant aux médecins traitants d'accéder aux dossiers médicaux hospitaliers.

Les PPS et PPAC, le développement de la télémédecine et la mise à disposition des professionnels de premier recours des outils de bonnes pratiques pour l'organisation des parcours de soins en ambulatoire semblent primordiaux.

L'onco-gériatrie ayant démontré son intérêt pour le patient et le spécialiste en oncologie, il faut créer un réseau où le médecin généraliste jouera un rôle prépondérant devant cette coordination défaillante.

« Essayons de traiter des personnes âgées qui ont des cancers plutôt que des vieux cancéreux... » I Marin, 1997

6 BIBLIOGRAPHIE

1. Kurtz J-E, Heitz D, Serra S, Brigand C, Juif V, Podelski V, et al. Adjuvant chemotherapy in elderly patients with colorectal cancer. A retrospective analysis of the implementation of tumor board recommendations in a single institution. *Crit. Rev. Oncol. Hematol.* 2010 Jun;74(3):211–7.
2. Tremblay D, Charlebois K, Terret C, Joannette S, Latreille J. Integrated oncogeriatric approach: a systematic review of the literature using concept analysis. *BMJ Open.* 2012;2(6).
3. Yao Dibi J-M. L'Évaluation gériatologique : analyse des outils de l'évaluation, intérêt en médecine générale et en onco-gériatrie [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie; 2007.
4. Valentiny C, Kemmler G, Stauder R. Age, sex and gender impact multidimensional geriatric assessment in elderly cancer patients. *Journal of Geriatric Oncology.* 2012 Jan;3(1):17–23.
5. Kowdley GC, Merchant N, Richardson JP, Somerville J, Gorospe M, Cunningham SC. Cancer surgery in the elderly. *ScientificWorldJournal.* 2012;2012:303852.
6. Bastide C, Droupy S, Ravaud A, Depuydt-Baillon M-G, Guillotreau J. [Management of muscle invasive bladder in elderly]. *Prog. Urol.* 2010 Mar;20 Suppl 1:S57–60.
7. Neuzillet Y, Méjean A, Lebreton T. [Oncogeriatric evaluation for elderly patients suffering from metastatic urologic malignancies]. *Prog. Urol.* 2008 Nov;18 Suppl 7:S415–425.
8. Ramesh HSJ, Pope D, Gennari R, Audisio RA. Optimising surgical management of elderly cancer patients. *World J Surg Oncol.* 2005 Mar 23;3(1):17.
9. Lasithiotakis KG, Petrakis IE, Garbe C. Cutaneous melanoma in the elderly: epidemiology, prognosis and treatment. *Melanoma Res.* 2010 Jun;20(3):163–70.
10. Audisio RA, Ramesh H, Longo WE, Zbar AP, Pope D. Preoperative assessment of surgical risk in oncogeriatric patients. *Oncologist.* 2005 Apr;10(4):262–8.
11. van Leeuwen BL, Kristjansson SR, Audisio RA. Should specialized oncogeriatric surgeons operate older unfit cancer patients? *Eur J Surg Oncol.* 2010 Sep;36 Suppl 1:S18–22.
12. Audisio RA, Bozzetti F, Gennari R, Jaklitsch MT, Koperna T, Longo WE, et al. The surgical management of elderly cancer patients; recommendations of the SIOG surgical task force. *Eur. J. Cancer.* 2004 May;40(7):926–38.
13. Audisio RA, Zbar AP, Jaklitsch MT. Surgical management of oncogeriatric patients. *J.*

Clin. Oncol. 2007 May 10;25(14):1924–9.

14. Albrand G. [Geriatric evaluation in oncology in the elderly subject]. Prog. Urol. 2009 Nov;19 Suppl 3:S71–74.

15. Albrand G, Terret C. Early breast cancer in the elderly: assessment and management considerations. Drugs Aging. 2008;25(1):35–45.

16. Droz J-P, Zanetta S, Terret C, Albrand G. Propositions pour l'établissement d'algorithmes décisionnels dans le cadre du traitement du sujet âgé présentant un cancer et une pathologie associée. Oncologie. 3(2):100–6.

17. Plan cancer 2014 - 2019.

18. Labat-Bezeaud C, Mertens C, Soubeyran P, Rainfray M. Enquête d'opinion auprès des médecins généralistes sur l'intérêt d'une prise en charge oncogériatrique des sujets âgés du plus de 70 ans. JOG, le journal d'oncogériatrie. 3(5):207–11.

19. Wan-Chow-Wah D, Monette J, Monette M, Sourial N, Retornaz F, Batist G, et al. Difficulties in decision making regarding chemotherapy for older cancer patients: A census of cancer physicians. Crit. Rev. Oncol. Hematol. 2011 Apr;78(1):45–58.

20. Plan Cancer 2003 - 2007.

21. Plan Cancer 2009 - 2013.

22. Balducci L, Beghe C. The application of the principles of geriatrics to the management of the older person with cancer. Crit. Rev. Oncol. Hematol. 2000 Sep;35(3):147–54.

23. Balducci L, Extermann M. Management of cancer in the older person: a practical approach. Oncologist. 2000;5(3):224–37.

24. Boiron M, Marty M. Eurocancer 2004: Compte rendu du XVIIe congrès, 29-30 juin, 1er juillet 2004, Palais des Congrès, Paris. John Libbey Eurotext; 2004.

25. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res. 1975 Nov;12(3):189–98.

26. Vellas B, Guigoz Y, Garry PJ, Nourhashemi F, Bennahum D, Lauque S, et al. The Mini Nutritional Assessment (MNA) and its use in grading the nutritional state of elderly patients. Nutrition. 1999 Feb;15(2):116–22.

27. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatr Res. 1982 1983;17(1):37–49.

28. Dubé F. Évaluation de la vitesse de marche dans un espace restreint [Internet]. Impact clinique en physiothérapie gériatrique. [cited 2014 May 10]. Available from:

http://physioimpact.wordpress.com/2014/03/10/vitesse_marche/

29. Parmelee PA, Thuras PD, Katz IR, Lawton MP. Validation of the Cumulative Illness Rating Scale in a geriatric residential population. *J Am Geriatr Soc.* 1995 Feb;43(2):130–7.
30. Soubeyran P, Bellera C, Goyard J, Heitz D, Cure H, Rousselot H, et al. Validation of the G8 screening tool in geriatric oncology: The ONCODAGE project. *J. Clin. Oncol.* [Internet]. 2011 [cited 2014 Mar 30];29: 2011 (suppl; abstr 9001)(suppl; abstr 9001). Available from: <http://meetinglibrary.asco.org/content/82003-102>
31. Saliba D, Orlando M, Wenger NS, Hays RD, Rubenstein LZ. Identifying a short functional disability screen for older persons. *J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci.* 2000 Dec;55(12):M750–756.
32. Katz S, Downs TD, Cash HR, Grotz RC. Progress in development of the index of ADL. *Gerontologist.* 1970;10(1):20–30.
33. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist.* 1969;9(3):179–86.
34. Delva F, Marien E, Fonck M, Rainfray M, Demeaux J-L, Moreaud P, et al. Factors influencing general practitioners in the referral of elderly cancer patients. *BMC Cancer.* 2011 Jan 6;11(1):5.
35. Kurtz J-E, Heitz D, Enderlin P, Imbert F, Nehme H, Bergerat J-P, et al. Geriatric oncology, general practitioners and specialists: current opinions and unmet needs. *Crit. Rev. Oncol. Hematol.* 2010 Jul;75(1):47–57.
36. Pavy A. Evaluation de l'impact de la consultation d'oncogériatrie auprès des médecins traitants [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2011.
37. Noël F. Evaluation gériatrique standardisée en onco-gériatrie : étude de 21 patients âgés de 75 ans et plus, présentant un cancer et suivis dans un secteur semi rural [Thèse d'exercice]. [France]: Université Henri Poincaré-Nancy 1. Faculté de médecine; 2006.
38. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes.
39. Terret C, Albrand G, Jeanton M, Courpron P, Droz J-P. Quoi de neuf dans l'organisation de l'oncogériatrie ? *Bulletin du Cancer.* 2006 Jan 1;93(1):119–23.
40. Puts MTE, Monette J, Girre V, Pepe C, Monette M, Assouline S, et al. Are frailty markers useful for predicting treatment toxicity and mortality in older newly diagnosed cancer patients? Results from a prospective pilot study. *Crit. Rev. Oncol. Hematol.* 2011 May;78(2):138–49.
41. Girre V, Falcou M-C, Gisselbrecht M, Gridel G, Mosseri V, Bouleuc C, et al. Does a geriatric oncology consultation modify the cancer treatment plan for elderly patients? *J.*

Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci. 2008 Jul;63(7):724–30.

42. Boulahssass R. Predictive factors of early death during 100 days after a comprehensive geriatric assessment in older patients with cancer: A prospective cohort study of 576 patients. ASCO 2014. Abstract 9511.

43. Blanc M. Influence de la consultation d'oncogériatrie sur la décision thérapeutique finale chez les patients âgés atteints de cancer [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bourgogne; 2012.

44. Castel-Kremer E, Droz J-P. [Decision making in geriatric oncology]. Rev Prat. 2009 Mar 20;59(3):339–42, 344.

45. Azria E. L'humain face à la standardisation du soin médical - La Vie des idées [Internet]. [cited 2014 Mar 30]. Available from: <http://www.laviedesidees.fr/L-humain-face-a-la-standardisation.html>

46. Roy DJ, Williams JR, Dickens BM, Baudouin. La bioéthique ses fondements et ses controverses. Saint-Laurent, Québec: Éditions du Renouveau pédagogique; 1995.

7 LISTE DES ACRONYMES

ADL	Activity of Daily Life, activités de la vie quotidienne
ALD	Affection Longue Durée
ARS	Agence Régionale de Santé
CAGE	Collège Azuréen des Généralistes Enseignants
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CR	Compte-rendu
DCC	Dossier Communiquant de Cancérologie
DES	Diplôme d'Études Spécialisées
DIU	Diplôme Inter-Universitaire
DMP	Dossier Médical Partagé
DSSIS	Délégation à la Stratégie des Systèmes d'Information de Santé
DU	Diplôme Universitaire
EBV	Evidence Based Medicine
EGA	Échelle Gériatrique Approfondie
EGM	Échelle Gériatrique Multidimensionnelle
EGS	Évaluation Gériatrique Standardisée
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
FNCLCC	Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer
INCa	Institut National du Cancer
LICORNE	Liaison et Coordination par un Réseau Numérique de Santé
NCNN	National Comprehensive Cancer Network
PACA	Provence-Alpes Côte d'Azur
PPAC	Programme Personnalisé de l'Après Cancer
PPS	Programme Personnalisé de Soins
RCP	Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
SIOG	International Society of Geriatric Oncology, Société Internationale d'Onco-Gériatrie
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
U(P)COG	Unités (Pilotes) de Coordination Onco-Gériatrie

8 ANNEXES

Annexe 1 : Présentation de l'étude

Bonjour,

Je m'appelle Camille GRASA ETIENNE, je suis interne en 6^e semestre de médecine générale à la faculté de médecine générale de Nice.

Dans le cadre de ma thèse de médecine générale, je souhaite effectuer une « enquête d'opinion des médecins généralistes des Alpes Maritimes sur l'intérêt de l'évaluation onco-gériatrique ».

L'objectif de ce travail est d'évaluer les expériences et l'intérêt que portent les médecins généralistes à cette évaluation en médecine de ville.

Les modalités de l'étude comprennent des entretiens semi-dirigés de médecins choisis parmi un panel de médecins généralistes des Alpes Maritimes dont au moins un patient a eu une consultation onco-gériatrique.

La durée de l'entretien est d'environ 30 minutes.

L'entretien sera enregistré si vous l'acceptez mais il reste parfaitement confidentiel. Les données recueillies resteront anonymes et ne seront pas divulguées à d'autres fins que celles de l'étude.

Les entretiens seront réalisés jusqu'à saturation des idées.

Annexe 2 : Formulaire de consentement

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LA PARTICIPATION A UNE RECHERCHE BIOMEDICALE

Titre de la recherche :

Enquête d'opinion auprès des médecins généralistes des Alpes Maritimes sur l'intérêt de l'évaluation onco-gériatrique.

Je soussigné(e)(nom et prénom du sujet),

accepte de participer à l'étude « enquête d'opinion auprès des médecins généralistes des Alpes Maritimes sur l'intérêt de l'évaluation onco-gériatrique. »

Les objectifs et modalités de l'étude m'ont été clairement expliqués par Mme Camille Grasa Etienne, doctorante.

J'accepte que les informations divulguées lors des entretiens soient utilisées à des fins de recherche. Mon anonymat sera préservé.

J'ai bien compris que ma participation à l'étude est volontaire.

Je suis libre d'accepter ou de refuser de participer.

Après en avoir discuté et avoir obtenu la réponse à toutes mes questions, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche qui m'est proposée.

Fait à,

le

Nom et signature de l'investigateur

Signature du médecin

Annexe 3 : Guide d'entretien

Questionnaire quantitatif pour caractériser l'échantillon :

MAIL pour le retour des résultats :

- Quel âge avez-vous ?
- Quel sexe ?
- Où avez-vous fait vos études ?
- Quel est votre lieu d'installation (ville, rural, semi-rural) ?
- Etes-vous installé seul ou en cabinet de groupe ?
- Etes-vous conventionné ? Quel secteur ?
- Quel est votre mode d'exercice ? Le type de patients suivis ?
- Combien d'actes effectuez-vous par semaine ?
- Depuis quand êtes-vous installé ? Quel est le nombre d'années d'expérience ?
- Quelle est votre motivation/satisfaction pour participer à cette étude ?
- Etes-vous maître de stage ou enseignant ?
- Avez-vous des compétences particulières (en gériatrie, capacité...)/Diplômes supplémentaires ?

GUIDE D'ENTRETIEN

Introduction (présentation étude, consentement, anonymat)

EXPERIENCE DE L'EVALUATION ONCOGERIATRIQUE

1. Quelles sont vos expériences de l'évaluation onco-gériatrique ?

1bis. Que pensez-vous de la prise en charge spécifique du cancer de votre patient ? (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie...)

ATTENTES

2. Dans votre pratique, quelles sont vos attentes de la consultation d'onco-gériatrie ?

2bis. Quelles sont les difficultés que vous avez rencontrées liées au patient ?

pour faire préciser si besoin : liées à la mise en place des recommandations ? (sur le plan médical, autonomie/dépendance, nutrition, cognitif, psychologique, entourage/social...)

BENEFICES

3. Que vous a apporté la consultation d'onco-gériatrie pour la prise en charge de votre patient ?

3bis. Comment utilisez-vous les données de l'évaluation onco-gériatrique dans votre pratique ?

3ter. Comment votre patient a t'il vécu cette consultation ?

ROLE DU MEDECIN GENERALISTE

4. Comment voyez-vous votre rôle dans cette prise en charge ?

4bis. Quels sont vos rapports avec les spécialistes ?

4ter. Comment avez-vous vécu les conseils donnés par les gériatres, les spécialistes d'organe sur la prise en charge de votre patient ?

LIEN VILLE-HOPITAL

5. Quelles propositions feriez-vous pour améliorer ce lien ville-hôpital ?

5bis. Que pensez-vous de la correspondance avec l'hôpital ? (délai de réception du courrier, intérêt du courrier, clarté des propositions thérapeutiques, mode de communication, entretien avec l'équipe d'oncogériatrie...)

5ter. Que pensez-vous de l'attitude des spécialistes vis à vis des patientes ? et des médecins généralistes ?

SUGGESTIONS/OUVERTURE

6. Quelles seraient vos suggestions pour améliorer la prise en charge oncogériatrique en soins primaires ?


6bis. Comment aimeriez-vous avoir des informations complémentaires en oncogériatrie ?

6ter. Plus généralement, comment voyez-vous le traitement du cancer chez les sujets âgés ?


Remerciements, retour des résultats

Annexe 4 : Caractéristiques des médecins	Age	Sexe	Études	Lieu d'installation	Scul/ Groupe	Secteur	Mode d'exercice	Nombre d'actes/ semaine	Date installation	Motivation/ Satisfaction	Maitre de stage/Enseignant	Compétences particulières/Diplômes
	Médecin 1	61	Masculin	Nice	Rural	Secteur 1	Omnipraticien	80	1988	Faire plaisir	Oui	Non/Mésothérapie ?
	Médecin 2	36	Masculin	Nice	Urbain	Secteur 1	Omnipraticien / âgés	110	2009	Politesse	Non	DIU médecine manuelle/ostéopathie/m embre CPP
	Médecin 3	60	Masculin	Marseille	Urbain	Secteur 1	Omnipraticien / âgés	250	1982	Aider	Non	Non
	Médecin 4	39	Masculin	Nice	Urbain	Secteur 1	Omnipraticien	140	2010	Solidarité	Non	Non
	Médecin 5	62	Masculin	Nice	Urbain	Secteur 2	Omnipraticien	110	1981	Aider les jeunes/fils médecin	Non	Acupuncture/Homéopat hie
	Médecin 6	68	Masculin	Marseille	Urbain	Secteur 1	Omnipraticien	55	1975	Rendre service	Non	Non
	Médecin 7	62	Masculin	Nice	Semi-rural	Secteur 2	Omnipraticien	150	1979	Aucune	Non	DU gériatrie/DU soins palliatifs/DIU ostéopathie
	Médecin 8	64	Masculin	Marseille	Semi-rural	Secteur 1	Omnipraticien	140	1978	Faire plaisir	Non	Non
	Médecin 9	55	Masculin	Nice	Semi-rural	Secteur 1	Omnipraticien	120	1988/2000	Aucune	Non	Non
	Médecin 10	56	Féminin	Nice	Urbain	Secteur 2	Omnipraticien	100	1985	Intéressant	Non	Non
	Médecin 11	54	Masculin	Lyon	Rural	Secteur 1	Omnipraticien	100	1990	Confraternité/ai de	Non	Non
	Médecin 12	59	Masculin	Marseille/ Nice	Urbain	Secteur 2	Omnipraticien / âgés	100	1984	Aider les jeunes	Non	Médecine du sport/MEP homéopathie, acupuncture
	Médecin 13	54	Masculin	Nancy	Urbain	Secteur 1	Omnipraticien	250	2011	Aider les étudiants	Non	Non
	Médecin 14	54	Masculin	Nice	Urbain	Secteur 1	Omnipraticien	250	1990	Rendre service	Non	Non
	Médecin 15	39	Masculin	Nice	Urbain	Secteur 1	Omnipraticien	110	2004	Rendre services aux internes	Non	PA urgences/traumatologie /médecine du sport
	Médecin 16	59	Masculin	Nice	Urbain	Secteur 1	Omnipraticien / âgés	70	1984	Aider étudiants	Non	DU gériatrie/DU médecine d'urgence
	Médecin 17	56	Masculin	Nice	Urbain	Secteur 2	Omnipraticien	140	1984	Répond toujours aux internes	Oui	Acupuncture
	Médecin 18	33	Féminin	Nice	Urbain	Secteur 1	Omnipraticien	60	2011	Aider thésards	Non	Médecin coordinateur EHPAD
	Médecin 19	32	Féminin	Paris/Nice	Semi-rural	Secteur 1	Omnipraticien	90	2012	Aider les internes	Non	DIU gynécologie
	Médecin 20	28	Féminin	Caen/Nice	Urbain	Secteur 1	Omnipraticien	50	2013	Aider les internes	Non	DU médecine d'urgence/traumato

Annexe 5 : Présentation de l'UCOG au CHU de Nice



FLASH INFO 3C N°24 - JUILLET 2012
U.C.O.G.



UNITE DE COORDINATION EN ONCO-GERIATRIE : UCOG

CADRE
REGLEMENTAIRE

Le Plan cancer 2009-2013 consacre une action à l'onco-gériatrie : améliorer la prise en charge des personnes âgées atteintes de cancer (action 23.4). L'onco-gériatrie est également concernée par l'action 4.2 qui vise notamment à augmenter l'inclusion des personnes âgées de plus de 75 ans dans les essais cliniques en cancérologie.

Un appel à projets lancé par l'INCa en mars 2011 met fin à cette phase pilote et vise à soutenir le déploiement national d'Unités de Coordination en Onco-Gériatrie (UCOG), le territoire étant défini en concordance avec les Agences Régionales de Santé.

PRESENTATION DE
L'U.C.O.G.

CHUN
Olivier GUERIN, gériatre

CHEFS DE PROJETS

CAL
Eric FRANCOIS, oncologue

L'unité, rattachée au pôle de Gériatologie est située au deuxième étage du pavillon Victoria à Cimiez

Ses coordonnées :

- ✦ Dr R. Boulahssass, PH responsable : Abrégé 27513. Poste 34487.
- ✦ F. Auben, cadre de santé infirmier : Abrégé 29002. Poste 34488.
- ✦ Secrétariat le matin uniquement : Melle Piovano Virginie. 34194.
- ✦ Secrétariat des consultations : tel 34399 Fax 34096

OBJECTIFS

- ✦ Mieux adapter les traitements des patients âgés atteints de cancer par des décisions conjointes oncologues - gériatres
- ✦ Promouvoir la prise en charge de ces patients dans la région afin de la rendre accessible à tous
- ✦ Contribuer au développement de la recherche en onco-gériatrie, notamment en impulsant des collaborations interrégionales
- ✦ Soutenir la formation et l'information en onco-gériatrie.

FONCTIONNEMENT

L'onco-gériatrie assure à tout patient âgé atteint de cancer une prise en charge adaptée. Elle est le fruit d'une collaboration active entre oncologues, gériatres, médecins généralistes et plus largement l'ensemble des acteurs de santé impliqués dans l'évaluation de l'état du patient et la conduite du traitement. Il est, en effet, essentiel de mieux connaître les spécificités des cancers chez les personnes âgées pour améliorer les réponses aux besoins croissants de cette population.

Cette unité est mobile, elle assure des consultations avancées sur tous les sites du CHU et sur le CAL.

Le docteur Boulahssass assiste, dans la mesure du possible, aux réunions de concertations de ces établissements.

POUR PLUS D'INFORMATIONS :

<http://www.oncopaca.org/fr/professionnels/prises-en-charge-specifiques/oncogeriatric>

<http://www.e-cancer.fr/soins/prises-en-charge-specifiques/oncogeriatric/les-15-upcog>

Nous vous remercions de bien vouloir diffuser ce bulletin à l'ensemble du personnel sous votre autorité par affichage dans les services

CENTRE DE COORDINATION EN CANCEROLOGIE - HOPITAL PASTEUR - Pavillon H

Tél : 04 92 03 88 12 ou 04 92 03 81 15 - Fax : 04 92 03 88 14 - Mail : 3c@chu-nice.fr

FILED_24011-01MTE COORDINATION CANCEROLOGIEUP_24011-CENTRE COORDINATION CANCEROLOGIEUP-Information/Quartier INFO 30 Juillet 24 1400/Quartier 24/01

Annexe 6 : Compte-rendu d'évaluation onco-gériatrique


Unité de Coordination en Onco-Gériatrie
 PACA-Est – Hôpital de Cimiez

Dr R. BOUHAHSSASS Gériatre / F. AUBEN CSI

Date 03/02/2014

Signature :

K : OROPHARYNX
Métastases :

G8 9

H Non

EVALUATION FONCTIONNELLE

ADL	IADL	PS	FORCE DE PREHENSION	VITESSE DE MARCHÉ	APPUI MONOPODAL	
6	4	2	23	1	G inférieur à 5	D supérieur ou égal à 5

STATUT NUTRITIONNEL

MNA : 20.5	Poids : 64	Taille : 172	IMC : 21.6	Perte de Poids : kg	2 % en 6 mois	Grade Nutritionnel :
------------	------------	--------------	------------	---------------------	---------------	----------------------

STATUT NEUROPSYCHOLOGIQUE

MMSE	HORLOGE	DUBOIS	GDS-15
28	7	10	5

ENVIRONNEMENT SOCIAL ET QUALITE DE VIE

OLQ-C30	Cibles OLQ-C30	Auto évaluation Qualité de Vie	Habitat	Réseau socio familial
53	Asthénie, Incapacité Physique, dyspnée, douleur, troubles mnésiques	Physique 4 Bien-Etre 4	domicile	bon

COMORBIDITES et ESPERANCE DE VIE

CHARLSON PONDERE	CIRS-G	ESPERANCE DE VIE	Ev.Num.
8	15	LEE : 16 WALTER : 6	5 / 10

SYNDROMES GERIATRIQUES

Chutes répétées : non	Démence : non Confusion : non Troubles Cognitifs : non	Dénutrition : oui	Incontinence Fécale : non Urinaire : non	Confinement : non	Vue : correcte non corrigée Ouille : correcte non appareillée
-----------------------	--	-------------------	--	-------------------	--

EVALUATION SENSORIELLE**PROJET THERAPEUTIQUE :**

PROJET THERAPEUTIQUE	CHOIX DU PATIENT	AVIS DE LA PERSONNE DE CONFIANCE
Radiothérapie exclusive	ok	NR

AVIS DU GERIATRE

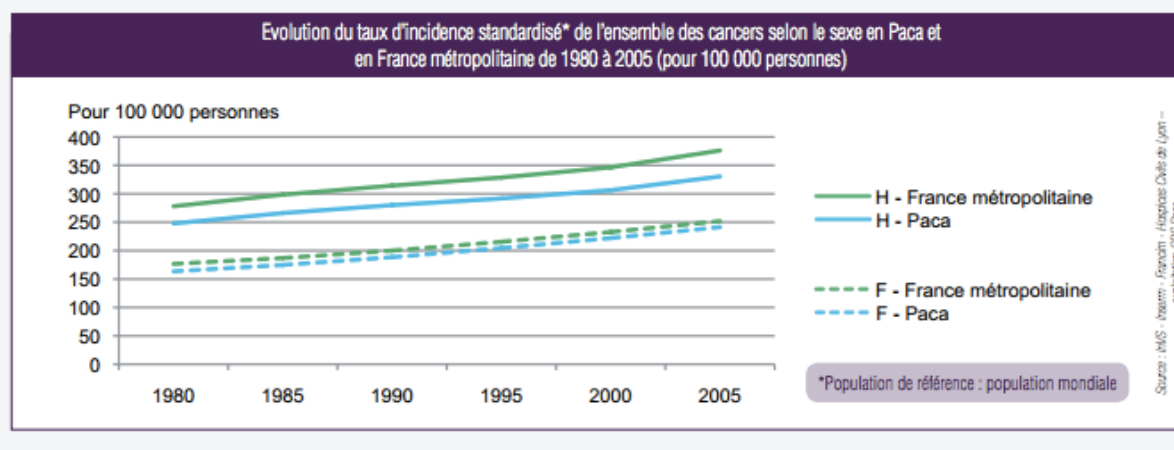
Balducci : 3 patient à l'autonomie conservée mais balducci 3 au vu de ses comorbidités cardiaques et pulmonaires. Patient dénutri, indication de CNO mais non tolérés par le patient, nécessité de revoir une prise en charge diététique au CAL. Patient avec GDS 5, programmer suivi par oncopsychologue. Patient douloureux sous codoliprane, en cas de douleur persistante, prévoir consultation algo. Aides à domicile proposées, refusées par le patient (à reproposer à distance). Patient peu compliant, ayant diminué de lui-même ses diurétiques. Lasilix prescrit ce jour au vu des crépitements des 2 bases + OMI. Prescription de Symbicort devant dyspnée stade III + sibilants diffus chez tabagique non sevré BPCO. Prescription de Forlax devant constipation sous codéine. Pas de CI gériatrique à la réalisation d'une RT ATCD : Hyperthyroïdie. Insuffisance cardiaque FEVG 55% (OAP en décembre 2013). ACFA. Coronaropathie, AOMI + athérome carotidien ac stenose 50%. HTA. Anémie?? Insuffisance veineuse. Polypes coliques. BPCO sous O2 si besoin. TTT : lasilix 40(1-1-0), previscan (1/2), pantoprazole (40mg/j), triatec (2/jour), cardensiel 1,25 (1/j), efferalgan codéiné (3/j), imovane (1/jour).	Proposition(s) : nutrition, douleur, adaptation thérapeutique, iatrogénie, traitements symptomatiques, orientation médecin, orientation psychologue, orientation acteurs sociaux, coordination.
---	---

COORDINATION et SUIVI

Annexe 7 : Etat de santé et inégalité en région en PACA 2010

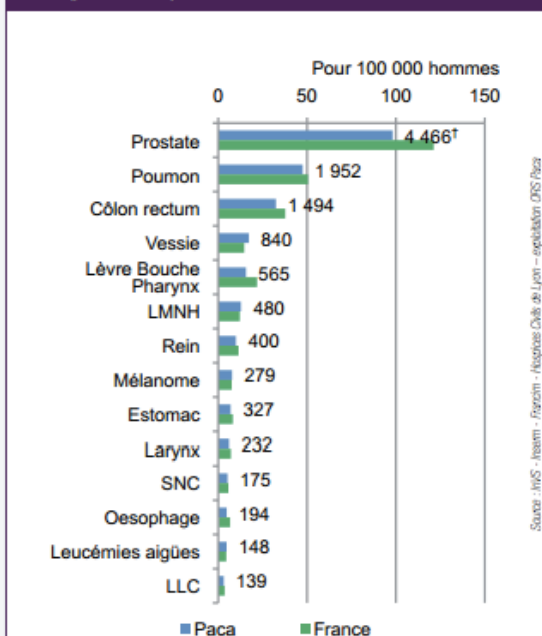
Indicateurs statistiques thématiques et cartographies PACA ARS ORS

Incidence



Mortalité

Taux d'incidence standardisé* pour les principales localisations cancéreuses chez les hommes en Paca et en France en 2005 (pour 100 000) et nombre de cas incidents en Paca en 2005



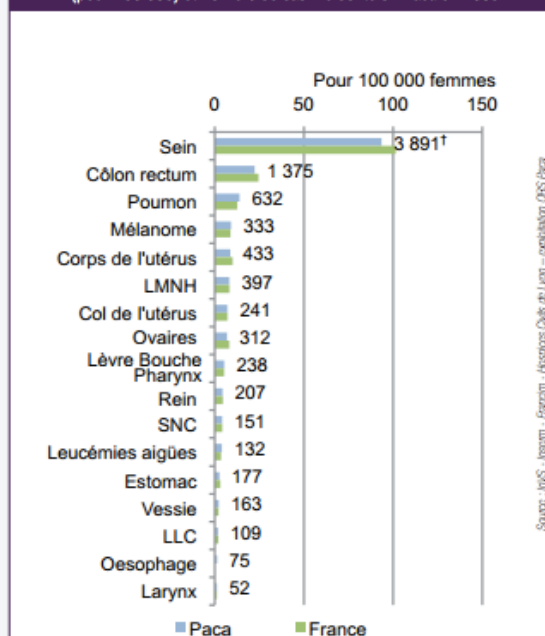
† Nombre de cas incidents en Paca

* Population de référence : population mondiale

LMNH : Lymphome malin non Hodgkinien / SNC : Système nerveux central / LLC : Leucémie lymphoïde chronique / Poumon : inclus le cancer de la trachée, des bronches et du poumon.

NB : Sept localisations cancéreuses - foie, pancréas, plèvre, thyroïde, myélome, maladie de Hodgkin et testicules - ne sont pas prises en compte du fait de l'absence d'estimation régionale.

Taux d'incidence standardisé* pour les principales localisations cancéreuses chez les femmes en Paca et en France en 2005 (pour 100 000) et nombre de cas incidents en Paca en 2005



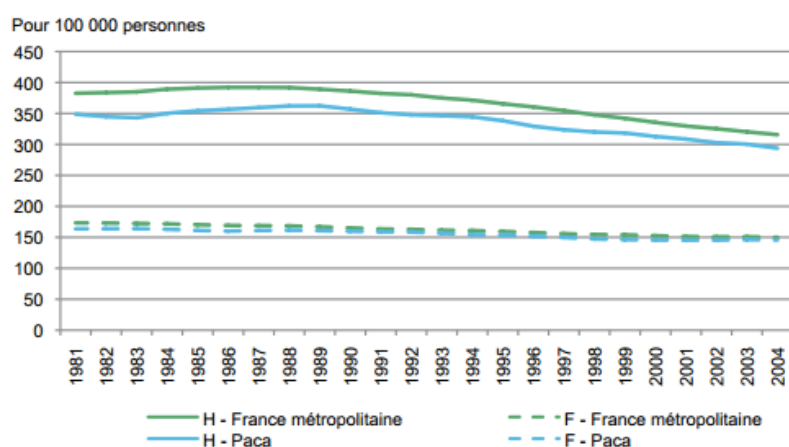
† Nombre de cas incidents en Paca

* Population de référence : population mondiale

LMNH : Lymphome malin non Hodgkinien / SNC : Système nerveux central / LLC : Leucémie lymphoïde chronique / Poumon : inclus le cancer de la trachée, des bronches et du poumon.

NB : Six localisations cancéreuses - foie, pancréas, plèvre, thyroïde, myélome et maladie de Hodgkin - ne sont pas prises en compte du fait de l'absence d'estimation régionale.

Evolution des taux comparatifs de mortalité* pour l'ensemble des cancers selon le sexe en Paca et en France métropolitaine de 1980-1982 à 2003-2005 (pour 100 000 personnes)



*Les taux comparatifs de mortalité ont été calculés sur une période de trois ans. L'année mentionnée sur le graphique est l'année centrale de cette période (population de référence : population de France métropolitaine, Insee, RP 1990).

Mortalité annuelle pour l'ensemble des cancers chez les hommes selon les départements en Paca en 2003-2005

	Alpes-de-Haute-Provence	Hautes-Alpes	Alpes-Maritimes	Bouches-du-Rhône	Var	Vaucluse
Nb	253	201	1 726	2 574	1 683	744
TCM	286,5	287,1	270,6	303,8	305,3	297,7
ICM	90,0*	89,9*	85,7*	96,5*	95,9*	93,5*

Mortalité annuelle pour l'ensemble des cancers chez les femmes selon les départements en Paca en 2003-2005

	Alpes-de-Haute-Provence	Hautes-Alpes	Alpes-Maritimes	Bouches-du-Rhône	Var	Vaucluse
Nb	160	128	1 272	1 907	1 123	522
TCM	145,2	129,4	139,5	150,2	150,0	144,3
ICM	95,6	86,4*	92,8*	100,8	100,2	97,0

Nb : Nombre annuel moyen de décès par cancer en 2003-2005 / **TCM** : Taux comparatif de mortalité par cancer en 2003-2005 (pour 100 000 personnes - population de référence : population de France métropolitaine, Insee, RP 1990) / **ICM** : Indice comparatif de mortalité par cancer en 2003-2005 (base 100 : France métropolitaine) / * Différence statistiquement significative au seuil de 5 %

Source : Inseem, Cyprien, Insee - population France (S222C, S222D) et DMS Paca

9 RÉSUMÉ

Introduction - En France, la population gériatrique est en constante augmentation, associée à une croissance de la prévalence des cancers, problème majeur de santé publique. L'évaluation onco-gériatrique permet une prise en charge adaptée du patient âgé cancéreux. Les études quantitatives réalisées sur le sujet montrent que la plupart des médecins généralistes ne connaissent pas l'existence de telles consultations. Cependant ils considèrent qu'une évaluation onco-gériatrique leur permet d'améliorer et d'adapter la prise en charge de leurs patients. Ils montrent un grand intérêt sur le sujet et souhaiteraient bénéficier de formations spécifiques.

Objectifs - Cette thèse a pour but d'évaluer l'opinion des médecins généralistes des Alpes Maritimes sur l'intérêt de l'évaluation onco-gériatrique. Mais aussi d'identifier leurs attentes, les bénéfices et les difficultés rencontrées ainsi que de relever des propositions d'amélioration en soins primaires.

Méthodes – Une étude qualitative a été menée par entretiens semi-dirigés à partir d'un guide jusqu'à saturation des données. 20 médecins ont été interrogés entre décembre 2013 et février 2014. Une analyse thématique manuelle a été réalisée.

Résultats - Les médecins généralistes pensent que l'évaluation onco-gériatrique est bénéfique pour la prise en charge des patients âgés cancéreux. Mais elle est surtout utile pour le spécialiste car les médecins traitants connaissent bien leurs patients. Cependant, ils regrettent leur manque de participation active dans la prise de décision thérapeutique devant des contraintes telles que le manque de temps et l'isolement. Ils déplorent le manque de communication entre ville et hôpital et proposent de recueillir l'avis du médecin traitant, d'avoir un lien plus étroit et de travailler ensemble au service du patient.

Conclusion – D'après les médecins généralistes des Alpes Maritimes, l'évaluation onco-gériatrique est bénéfique pour le patient. Le rôle du médecin traitant dans la prise en charge du patient âgé cancéreux doit être revalorisé.

Mots clés – Etude qualitative ; Onco-gériatrie ; Médecin généraliste ; Cancer ; Patients âgés.

10 SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »